

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

498

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

PHAN Huy Dan

Né le 6 Novembre 1918, à Vinh (Vietnam).

Présentée et soutenue publiquement le 19..

Quelques suggestions

sur la

RÉORGANISATION SANITAIRE AU VIETNAM

tirées de son histoire médicale

Président : M. GALLIARD, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1949

1871

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : PHAN.

Prénom : Huy Dan.

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

PHAN (Huy Dan). — Quelques suggestions sur la réorganisation sanitaire au Vietnam, tirées de son histoire médicale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 112 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PHAN (Huy Dan). — Quelques suggestions sur la réorganisation sanitaire au Vietnam, tirées de son histoire médicale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 112 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PHAN (Huy Dan). — Quelques suggestions sur la réorganisation sanitaire au Vietnam, tirées de son histoire médicale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 112 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PHAN (Huy Dan). — Quelques suggestions sur la réorganisation sanitaire au Vietnam, tirées de son histoire médicale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 112 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PHAN Huy Dan

Né le 6 Novembre 1918, à Vinh (Vietnam).

Présentée et soutenue publiquement le 19..

Quelques suggestions

sur la

RÉORGANISATION SANITAIRE AU VIETNAM

tirées de son histoire médicale

Président : M. GALLIARD, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1949

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombredanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique.	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale.	VERNE (J.)
Chimie médicale	OLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	BENARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travall	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

Parasitologie et histoire naturelle médicale	MM. GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale.	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie.	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie.	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	{ N... DELMAS. N. ff DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale. { PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Anatomie pathologique	{ DELARUE Mlle GAUTHIER- VILLARS.	Pathologie expérimentale. MERKLEN.
Bactériologie.	{ BONNET. FASQUELLE.	{ BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Biochimie méd.	{ ETTORI. SCHAPIRA.	Pathologie médicale
Dermato-syphilligraphie.	DEGOS.	Pédiatrie
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.	{ LAPLANE. MARIE (Jullen).
Hydrologie	DEBRAY.	Pharmacologie
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.	Physiologie
Médecine légale	DEROBERT.	{ BARGETON. PARROT.
Neuro-chirurgie	PUECH.	Physique médicale
Neurologie	DE SEZE.	Psychiatrie
Obstétrique	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Thérapeutique
Ophthalmologie	OFFRET.	{ Agr. ch. d'ens.. BROUET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.	Urologie
Parasitologie	BRUMPT L.-G.	COUVELAIRE R.
Pathologie chirurgicale.	{ FEVRE. HUGUIER. LEGER.	

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	{ AMELINE. FUNCK- BRENTANO. MENEGAUX.	Clinique obstétricale	{ ECALLE. LACOMME.
Clinique médicale	{ BOULIN. HAGUENAU. MOUQUIN.	Clinique ophtalmologique	RENARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Modeste témoignage de ma piété
filiale.*

A MA FEMME

ET

MES ENFANTS CHERIS

A TOUS MES FRERES, SŒURS ET AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRY GALLIARD
Ancien Directeur de la Faculté de Médecine de Hanoï
Professeur de la Chaire de Parasitologie
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Mon professeur de parasitologie
et de bactériologie qui m'a inspiré
cette thèse et m'a guidé de ses
précieux conseils.*

*Hommage de ma profonde recon-
naissance.*

A TOUS MES ANCIENS PROFESSEURS
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE HANOI

MONSIEUR LE PROFESSEUR BLONDEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRENIERBOLEY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUARD

(Actuellement Doyen de la Faculté de Médecine de Hanoï).

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOYEUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSIAS.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MEYER MAY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIVOALEN.

INTRODUCTION

En 1905, l'Assistance Médicale fut créée en Indochine par le Gouverneur Général BEAU et le Médecin-Inspecteur GRALL. L'œuvre médicale française en Indochine et plus particulièrement au Vietnam qui en a le plus bénéficié, avait commencé avant cette date par des initiatives isolées, d'abord des missionnaires, puis des autorités administratives; à partir de 1905, elle fut poursuivie d'une manière plus méthodique et se développa régulièrement jusqu'en 1945.

Cette œuvre présentait des imperfections; elle ne profitait qu'à une partie de la population privilégiée des villes; les paysans qui représentent 90 % de la population totale en retiraient peu d'avantages. Toutefois, elle était le résultat d'une somme d'efforts considérables et constituait une base très solide pour une plus large extension de l'action médicale.

Le nombre de médecins formés par la Faculté de Hanoï était encore insuffisant aux besoins du Vietnam; mais il était en progression constante. Chaque chef-lieu de province possédait son hôpital qui donnait des consultations gratuites, recevait les malades indigents et dont les médecins par des tournées rurales périodiques, commençaient à exercer un contrôle médical efficace dans les villages les plus importants. Les principales circonscriptions (phu, huyên), avaient leurs infirmeries qui dispensaient des soins médicaux élémentaires. Les maternités se multipliaient et faisaient

baisser dans des proportions sensibles le taux de mortalité infantile.

Pendant les années qui précédèrent 1945, malgré les difficultés résultant de l'occupation japonaise et de la guerre du Pacifique, l'action médicale prit même un nouvel essor. Sous l'impulsion des professeurs de la Faculté de Médecine de Hanoï et grâce au dynamisme de jeunes médecins français et vietnamiens, se dessina un mouvement de médecine sociale et rurale. A cette œuvre de propagande intensive de l'hygiène et de la médecine moderne dans la masse de la population, les étudiants collaborèrent avec enthousiasme. L'entreprise promit d'apporter les plus beaux résultats.

Survinrent les événements de 1945. La politique et la guerre étouffèrent toutes les autres activités. La plupart des médecins installés au Vietnam se réfugièrent dans les grands centres urbains de Hanoï et de Saïgon et beaucoup d'entre eux furent réduits au chômage. Cette période de troubles et d'insécurité dure encore et pendant que le contrôle médical se relâche partout, les conditions de vie matérielles et morales du peuple vietnamien deviennent des plus malheureuses. Des épidémies dévastatrices ont éclaté et la plupart des maladies endémiques, paludisme, amibiase, trachome, etc..., ont étendu leurs fléaux. A cette recrudescence de tous les processus morbides se surajoute la destruction d'un nombre important d'établissements médicaux.

Ainsi pour faire face à une situation sanitaire particulièrement compromise, le corps médical du Vietnam n'aura même plus à sa disposition l'ancienne organisation. Il sera obligé de tout recommencer. En attendant le retour de la paix, condition indispensable à la réussite de toute œuvre de construction, pendant qu'on met sur pied des installations médicales provisoires pour répondre aux besoins urgents immédiats,

il faut songer dès à présent à élaborer le plan de la future réorganisation. Il faudra tenir compte de l'expérience acquise durant les cinquante dernières années et du fait que le Vietnam appauvri aura à entreprendre, outre cette tâche médicale, le relèvement de toutes ses ruines. L'œuvre sanitaire qu'on édifiera devra se poser pour principes d'être à la fois économique et largement accessible à toutes les classes de la population.

En écrivant cette thèse, nous nous proposons d'apporter notre modeste contribution à l'étude d'un tel plan.

Comme il est utile, pour construire l'avenir, d'avoir les données du passé, nous ferons dans une première partie, l'historique de la médecine au Vietnam, de la pensée et des croyances, ainsi que des œuvres médicales qui s'y développèrent.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE DE LA MÉDECINE AU VIETNAM

I. — QUELQUES MOTS SUR LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU VIETNAM ET SUR LES CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU VIETNAMIEN.

Au Vietnam, on dit communément qu'il existe deux médecines traditionnelles : la « médecine nordiste » et la « médecine sudiste ». La première vient du Nord, c'est-à-dire de la Chine; la deuxième est spécifiquement vietnamienne.

La médecine nordiste c'est exactement la médecine chinoise telle qu'elle se pratiquait et se pratique encore dans tous les pays d'Extrême-Orient à civilisation confucéenne; elle n'a pas varié depuis la plus haute antiquité quant à ses principes fondamentaux qui ont été fixés dans le fameux traité de pathologie interne, le « *Noi Kinh* » attribué à Hoang Dê, l'un des Trois Grands Empereurs de la première époque historique de Chine. Ces Empereurs furent d'ailleurs tous les trois les ancêtres de la métaphysique, de la science et de la médecine chinoises. C'est de Phuc Hy que viendrait la philosophie des deux principes mâle et femelle Inn et Yang (en vietnamien âm et dương), dont les combinaisons créeraient l'univers, dont l'équilibre assurerait

l'harmonie de la vie et le déséquilibre engendrerait la maladie et la mort. Thân Nong (Génie de l'Agriculture), le troisième Empereur, étudia les vertus des minéraux et des plantes; la légende rapporte qu'il goûtait par jour plus de trois cents variétés d'herbes; dans son ouvrage classique, le « Ban Thao », il classait les médicaments en Inn et Yang, enregistrant leurs propriétés pharmacodynamiques, jetant ainsi les bases de la pharmacologie chinoise. Le « Noi Kinh », de Hoang Dê est l'application de la philosophie Inn Yang à l'étude médicale de l'homme; il contient tous les éléments de l'anatomie et de la physiologie humaines telles que par la suite les ont toujours conçues les médecins traditionnalistes d'Extrême-Orient; il enseigne les procédés de l'examen clinique : interrogatoire, inspection, palpation, percussion et surtout examen du pouls; il définit en outre les principes de la thérapeutique et dicte les règles à suivre pour se mettre en harmonie avec l'univers et mener une vie sage et heureuse.

Le respect religieux que les Asiatiques professaient pour tout ce que disaient et surtout qu'écrivaient les grands hommes du passé, — ils attachaient une vénération particulière à tous les écrits et imprimés en caractères chinois, ne se permettaient pas de s'en servir pour des besoins vulgaires et les papiers qui n'étaient pas utiles à conserver étaient soigneusement brûlés — ce respect religieux devait jouer un rôle important dans la stagnation de la médecine chinoise qui de ce fait naquit dans une véritable carapace mystique et fut transmise sans changement de génération en génération.

C'est cette médecine qui était considérée au Vietnam comme la médecine savante, la médecine des lettrés.

A côté d'elle a toujours existé la médecine sudiste, la médecine vietnamienne proprement dite qui n'est

qu'un ensemble disparate de procédés thérapeutiques auxquels recourent les guérisseurs : recettes de bonne femme, pratiques de sorciers, « recettes secrètes transmises de père en fils » dont les médecastres bénéficiaires gardent jalousement la formule et qui jouissent d'un crédit particulier auprès des malades.

L'enseignement de la médecine n'a jamais été organisé par l'Etat. Il n'existait aucune réglementation de l'exercice de la profession médicale et pharmaceutique. La médecine était pratiquée par deux catégories de gens :

1°) Certains lettrés, mandarins en retraite, candidats malheureux aux examens triennaux, s'occupaient de médecine à la fois comme passe-temps et comme œuvre de bien. Tous étaient autodidactes. Ils s'instruisaient en lisant les œuvres médicales chinoises. Et sans tenir ni clinique, ni cabinet de consultation, ils soignaient les malades qui venaient se confier à leur science et qui, s'ils étaient guéris ou améliorés, leur offraient aux principales fêtes de l'année, en signe de reconnaissance, un plat de riz gluant, une tranche de porc rôti, quelques régimes de bananes, quelques douzaines d'œufs ou une ligature de sapèques (ancienne monnaie divisionnaire vietnamienne).

Ces lettrés-médecins étaient vénérés pour leur culture et pour leur désintéressement; il y en avait qui arrivaient à acquérir une grande renommée même au-delà de leur province; la population les surnommait des « Hoa Đà » et des Biên Thuoc » (noms d'illustres médecins chinois dont le premier aurait pratiqué couramment la chirurgie osseuse et viscérale). Mais rares étaient ceux qui rédigeaient des observations cliniques, des études médicales pour être léguées à la postérité. L'histoire n'enregistre que deux noms de médecins d'une réputation vraiment nationale dont l'expérience

clinique a été consignée dans des ouvrages très connus du monde médical vietnamien.

L'un est le bonze Tuê Tinh qui vécut sous la dynastie des Lê postérieurs, vers le milieu du dix-huitième siècle; il consacra toute son existence aux prières, à l'étude de la médecine et au soulagement des misères de ses compatriotes. Il construisit dans la province de Bac-Ninh dont le chef-lieu actuel est situé à trente kilomètres de Hanoï, plusieurs hôpitaux où il soignait les malades et les infirmes. Il faisait des tournées médicales fréquentes dans les provinces environnantes; il aurait même organisé à Bac-Ninh un véritable enseignement clinique pour former des bonzes médecins. Ses ouvrages traitent surtout des propriétés thérapeutiques des plantes médicinales du Vietnam. La première fois il développa l'idée qu'étant donné l'harmonie naturelle qui préside aux rapports étroits entre les organismes vivants et leur milieu, ce qui convient le mieux aux habitants d'une région ce sont ses propres ressources. Les médicaments importés des pays étrangers aux conditions climatiques différentes représentent un pis aller; on ne doit les employer que si son pays n'en fournit pas.

Cette idée professée par Tuê Tinh exerce encore une grande influence sur les milieux vietnamiens et explique en partie leur méfiance et leur scepticisme à l'égard de la médecine européenne dont les produits thérapeutiques ne conviendraient qu'aux Européens.

Le deuxième médecin, Hai Thuong Lan ông, originaire de Hai Duong, vécut sous le règne des Trinh, c'est-à-dire pendant la deuxième moitié du dix-huitième siècle. C'était un brillant lettré à qui la chance des concours classiques n'avait pas souri. Il a laissé une œuvre abondante et prolixe en douze volumes dont le Docteur ARMAND a fait une analyse sommaire dans ses lettres sur l'expédition de Cochinchine publiées en 1863 par la Gazette Médicale.

2°) La deuxième catégorie de gens s'adonnant à la médecine était des illettrés qui en faisaient leur gagne-pain. Médicastres se déclarant en possession de recettes secrètes ou charlatans vivant de bluff, ils sont mal considérés. La littérature populaire abonde en satires violentes sur leur compte ainsi que sur celui des devins et des sorciers. Mais si les gens bien portants se moquent d'eux, très souvent encore les malades se confient à leurs soins.

*
**

L'Assistance Médicale était inexistante. Il n'y avait ni hôpitaux, ni dispensaires, ni maternités organisés par l'administration. A peine si certaines Ordonnances Royales de Gia Long et de Minh Mang prévoyaient la création d'asiles de pauvres dans les chefs-lieux de province.

Le régime de la grande famille englobant non seulement les parents et leurs enfants mais encore tous ceux qui de près ou de loin s'y rattachent par des liens de sang ou d'alliance, comporte ainsi que la structure des villages du Vietnam, l'idée d'entr'aide sociale. Le Code Gia Long règle cette entr'aide. Une Ordonnance Royale de 1803, prescrit à chaque village l'obligation de réserver une partie des biens communaux à l'entretien des vieillards, des infirmes, des veuves et des orphelins. Une Ordonnance Royale de 1815, définit clairement les obligations de chaque village vis-à-vis des voyageurs de passage qui venaient à tomber malades. Une autre Ordonnance Royale de Gia Long reprise par Minh Mang porta institution d'asiles de pauvres appelés « tê duong » pour héberger les indigents, les vieillards et surtout les malades incurables.

Mais ce n'était là que des œuvres de charité publique.

De même que les civils, l'armée ne bénéficiait d'aucune organisation médicale. En temps de paix, quand un soldat tombe malade, il se fait soigner par le médecin de son choix; dans les cas bénins, il reste dans la caserne; dans les cas graves, il obtient la permission d'aller se faire soigner dehors; s'il s'agit d'une maladie incurable, il est réformé et renvoyé dans son village d'origine.

En temps de guerre, pendant les marches ou après les batailles, les soldats malades ou blessés étaient transportés dans les hameaux les plus proches et confiés aux soins des habitants.

La médecine légale n'existait pas. Les expertises médico-légales étaient conduites par des mandarins-juges (quan an).

Et pratiquait la médecine qui voulait. Le Code Vietnamien prévoyait toutefois des sanctions pour les médecins qui venaient à faire mourir leurs malades par ignorance, négligence ou préméditation.

« Lorsqu'un médecin incapable se sera trompé en employant des drogues ou des aiguilles (à acupuncture), qu'il n'aura pas procédé selon les prescriptions et les recettes consacrées et qu'il aura ainsi causé la mort de quelqu'un en le soignant, il sera ordonné à un autre médecin de vérifier les drogues et les potions, ainsi que le trajet et les ouvertures des piqûres; s'il n'y a aucune espèce d'intention de nuire volontairement, le coupable sera jugé d'après les dispositions relatives à l'homicide causé par imprudence ou par accident (selon la loi on recevra le prix de rachat et ce prix sera attribué à la famille de la victime); il lui sera défendu d'exercer la médecine.

S'il a volontairement agi contre les prescriptions et les recettes, entretenu la maladie de quelqu'un et aggravé ce qui était léger pour profiter du danger, et s'il a de la sorte perçu des valeurs ou objets, on pro-

noncera en tenant compte de la valeur du produit de l'acte illicite conformément aux dispositions sur le vol furtif. Si la mort en est résultée, il sera puni de la décapitation avec sursis. »

*
**

Actuellement encore, les pratiquants de la médecine sino-annamite ainsi que les anciennes matrones continuent à exercer librement leurs activités. Et spectacle pittoresque mais navrant, on continue à voir circuler dans les villes et les villages les « médecins, pharmaciens et dentistes ambulants ». Portant leurs médicaments ou leurs instrumentations dans des paniers suspendus au bout d'un fléau, ils s'en vont de province en province chanter leurs exploits et recruter de la clientèle. Ils sont souvent accompagnés d'une petite troupe d'acteurs, d'acrobates ou de musiciens auxquels viennent s'ajouter parfois quelques singes de cirque. Ils s'arrêtent dans les marchés, dans les places publiques et bien vite un cercle de spectateurs se forme autour d'eux. Pendant que cymbales et tambours résonnent, qu'acteurs et acrobates déclament leurs récitals ou exécutent leurs danses, que les singes effectuent leurs petits tours amusants, les médecins et les dentistes vantent leurs talents et font goûter leurs médicaments ou arrachent les dents avec des tenailles rudimentaires aux malades qu'ils arrivent à persuader de l'efficacité de leur art. Il est inutile de dire que les accidents ne sont pas rares. Si la plupart des médicaments ainsi vendus sont inoffensifs, on a de temps à autre noté des cas de néphrites mortelles provoquées par des médicaments aphrodisiaques (cantharide) ou antivénériens (sels de mercure), colportés par ces pharmaciens vagabonds. Quant aux incisions d'abcès,

extractions de dents pratiquées au mépris de toute règle d'asepsie, elles sont souvent la cause d'infections secondaires très graves.

*
**

Le peuple vietnamien au milieu duquel s'est développée cette médecine sino-annamite relevant la plupart du temps d'un pur charlatanisme, est avant tout un peuple rural. Les centres urbains de plus de cent mille habitants sont le port de Haïphong (100.000), la ville de Hanoï (150.000) et l'agglomération Saïgon-Cholon (300.000, en 1945). Les autres chefs-lieux de province comptaient de 15.000 à 40.000 habitants. Ainsi sur un total de plus de vingt millions d'habitants, la population urbaine était à peine de deux millions; la proportion de population rurale dépassait 90 %.

Les plateaux boisés, les hautes régions montagneuses étant très insalubres par suite du paludisme qui y sévit à l'état hyperendémique, la population se concentre dans les deltas et le long des côtes où elle atteint une densité très élevée; certaines provinces du delta du Fleuve Rouge, comptent plus de 1.000 habitants par km². Les rizières ne suffisent plus à nourrir leurs hommes. Et comme c'est un pays dépourvu de grande industrie, vivant uniquement d'agriculture et d'artisanat, les conditions d'existence sont particulièrement dures.

Ce peuple qui vit dans un état permanent de paupérisme et de sous-alimentation, a été très fortement empreint de civilisation confucéenne à l'influence de laquelle est venue se surajouter l'influence du bouddhisme et du taoïsme. La synthèse de ces trois philosophies façonne un Vietnamien laborieux et résigné, traditionnaliste et tolérant, un peu mystique et superstitieux. Dans ses villages isolés les uns des autres, véritables îlots de verdure se détachant du vert plus tendre

des rizières par leurs haies de bambous élancés, longtemps il a conservé intactes ses croyances et ses coutumes et continue à subir l'emprise de la médecine sino-annamite.

Il est d'autant plus crédule qu'il existe de nombreux charlatans et sorciers qui s'ingénient à l'exploiter. Entre les branches de tous les banians tant soit peu imposants, sont aménagés des autels devant lesquels à longueur de journée les paysans viennent faire des prosternations avec des bâtonnets d'encens dans les mains pieusement jointes. Les sorciers assis au pied de l'arbre leur vendent de l'encens et des colliers de fleurs à offrir aux génies et leur indiquent, moyennant une petite rétribution, des recettes pour leurs parents malades consistant le plus souvent en papiers inscrits de formules magiques qu'on brûle et dont on dilue les cendres dans l'eau qui servira de drogue.

Pour duper le peuple les charlatans ne manquent pas d'imagination. Les médecins du Tonkin relatent souvent l'histoire du « déménagement du génie guérisseur ». Cette histoire authentique se passa en 1932. Dans un village de Bac Ninh, le sorcier, surveillant d'un temple construit sur les bords d'une mare, fit répandre le bruit que le génie du temple venait de conférer à l'eau de la mare des vertus curatives miraculeuses. La nouvelle se répandit de proche en proche dans tout le delta. Les malades vinrent de plus en plus nombreux et l'autel était toujours chargé d'offrandes. Le sorcier fit rapidement fortune; le commerce du village devint fort prospère grâce à ces pèlerinages. Mais voici que la chance quitta Bac Ninh, parce qu'il existait à Hai Duong, province voisine, un sorcier plus astucieux. Il s'est entendu avec les notables de son village pour y « installer » le fameux génie. Un beau matin, le garde champêtre qui faisait sa ronde coutumière, apprit, l'air stupéfait, aux bonnes femmes qui se rendaient au marché, qu'il a trouvé au pied du banian

de la maison communale, des feuilles percées de trous affectant la forme de caractères chinois. On y accourut. Un grand nombre de feuilles semblables jonchaient le sol. Elles furent apportées aux notables qui revêtirent tout aussitôt leurs costumes de cérémonie et expliquèrent aux habitants rassemblés que le Génie de Bac Ninh a décidé d'élire domicile dans leur village. On construisit un pagodon au pied du banian. La nouvelle que le génie a déménagé fit vite le tour du delta. Explications, protestations du sorcier de Bac Ninh furieux, rien n'y fit; les malades prirent le chemin de Hai Duong.

Mais ce peuple crédule est doué d'une saine logique et accueille favorablement les idées nouvelles quand elles lui sont présentées avec clarté et simplicité. Les superstitions relatives aux fantômes et génies entretiennent encore certaines pratiques de sorcellerie; mais de plus en plus, les jeunes générations rejetant ces croyances occultes, se tournent vers la science.

Si la médecine moderne n'a jusqu'ici joué qu'un rôle effacé dans la vie vietnamienne, c'est qu'elle est restée trop distante pour la majorité de la population. La déficience des moyens de communication rend difficile l'accès des hôpitaux installés aux chefs-lieux de province; de plus les malades se résignent mal à les fréquenter, parce que le personnel médical n'ayant pas jusqu'ici reçu la formation psychologique qui leur apprend à se comporter avec tact, les traite avec maladresse et brusquerie. Les médecins sortis de l'Université se cantonnent dans les villes et ils ne sont pas accessibles aux moyens de tout le monde. Les charlatans par contre sont toujours là, à la portée du paysan et de ses revenus; ils sont accueillants, prévenants; ils suivent avec soin leurs malades et savent toujours les rassurer, si extravagantes soient leurs recettes,

par des explications naïves, voire puériles mais faciles à comprendre et apparemment logiques.

La science médicale moderne revêt un grand prestige aux yeux des Vietnamiens; mais pour qu'elle exerce sur eux l'influence salutare qui lui revient de droit, il faut qu'elle se fasse simple, qu'elle se propage largement dans les villages et se mette à la portée de la population.

II. — DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE MODERNE. ŒUVRE ACCOMPLIE JUSQU'EN 1945.

Formation du personnel médical. — Les premiers praticiens qui apportèrent au Vietnam les bienfaits de la médecine occidentale furent comme dans tous les pays nouvellement ouverts à l'influence européenne, des missionnaires et des religieuses. Il y avait peu de médecins authentiques parmi eux; certains avaient travaillé dans les hôpitaux comme assistants infirmiers; les connaissances médicales qu'ils avaient ainsi acquises leurs permettaient de soulager les misères physiques des hommes auxquels ils apportaient la bonne parole de l'Evangile. L'activité sociale et médicale de ces apôtres fut très grande; ils construisirent des léproseries, des orphelinats, des asiles de pauvres et de vieillards et parfois de véritables hôpitaux.

Vint la période de la colonisation. Les médecins des corps expéditionnaires français contribuèrent efficacement à développer l'influence de la médecine moderne. Les mandarins et souvent de hautes personnalités de la Cour Impériale commencèrent à s'adresser à leur science. Les habitants vivant dans le voisinage des casernes profitèrent des mesures prophylactiques prises par l'armée : assainissement de régions de

plus en plus étendues, vaccinations, contrôle sanitaire des viandes de boucherie, etc... Bientôt des dispensaires furent créés pour leur usage.

La nécessité de la formation d'un personnel médical vietnamien ne tarda pas à se faire sentir.

Par un arrêté en date du 8 janvier 1902, Monsieur Paul DOUMER, alors Gouverneur Général de l'Indochine, créa l'Ecole de Médecine de Hanoï. Le premier Directeur en fut le Docteur YERSIN qui avait, quelques années auparavant, fondé l'Institut Bactériologique de Nha Trang et qui devint par la suite Directeur des Instituts Pasteur d'Indochine. Au début d'avril 1902, DEGORCE et LE ROY DES BARRES, leur internat de Paris à peine terminé, arrivèrent à Hanoï, où ils furent nommés professeurs de clinique. Dénommée alors Ecole de Médecins Auxiliaires Indigènes, ce ne fut en réalité qu'une école supérieure d'infirmiers. Il suffisait pour y être admis d'avoir une certaine connaissance de la langue française. Quelques années plus tard, on commence à recruter des étudiants pourvus du certificat d'études primaires complémentaires; après trois années d'études théoriques et de stages hospitaliers à l'Hôpital Indigène du Protectorat, ils sortent diplômés Médecins Auxiliaires Indochinois.

En 1914, cette Ecole prend le nom d'Ecole Indigène Mixte de Médecine et de Pharmacie. En 1919 on y adjoint le cours de P. C. N. qui vient d'être créé et qui ainsi que le baccalauréat est exigé des futurs étudiants en médecine.

Un décret du 18 mai 1921, publié dans le Journal Officiel de la République Française du 21 mai 1921, en fait une Ecole de Plein Exercice. Les étudiants suivent alors cinq années d'études : après la cinquième année, ceux qui ont subi avec succès tous les examens sont envoyés à Paris. Les meilleurs d'entre eux peuvent

être désignés par le Gouverneur Général pour suivre dès leur arrivée les cours de l'Institut de Médecine Coloniale. Tous font un stage d'une année dans les services de clinique et fréquentent les laboratoires dépendant de la Faculté de Paris devant laquelle ils subissent les examens cliniques et soutiennent leur thèse.

A partir de novembre 1933, les étudiants peuvent terminer leurs études médicales à Hanoï; un professeur envoyé par la Faculté de Paris vient y présider les examens de cinquième année, les cliniques et la thèse. Le Professeur Fernand LEMAITRE fut désigné pour la première fois pour assurer la présidence des examens de l'année scolaire 1933-1934.

L'Ecole de Médecine de Hanoï dirigée à partir de 1935 par le Professeur Henry GALLIARD, agrégé de la Faculté de Paris et qui fut notre professeur de parasitologie et de bactériologie, fut transformée en Faculté en 1943.

Au début on favorisait les études médicales par un régime privilégié : tous les étudiants étaient logés et nourris et recevaient une petite solde mensuelle. Ce régime prit fin avec l'institution de l'Ecole de Plein Exercice.

En 1930, l'ensemble de tous les médecins et pharmaciens pratiquant au Vietnam s'élevait à 240 dont 58 Européens.

Le nombre de médecins formés chaque année par l'Ecole puis la Faculté de Hanoï variait entre huit et quinze. Mais pendant les années qui précédèrent 1945, le nombre d'étudiants des premières années était en croissance régulière. Le nombre total d'étudiants en médecine et en pharmacie passa de 158 en 1939-1940 à 278 en 1944-1945 (347 avec l'année préparatoire aux études médicales). De 1940 à 1944, 49 thèses de doctorat en médecine ont été soutenues, le diplôme de

pharmacien fut décerné à 32 étudiants et celui de chirurgien dentiste à 7 étudiants.

En même temps que l'Ecole des Médecins Auxiliaires, on organisa à Hanoï une Ecole de Sages-Femmes. La durée des études est de deux ans avec examens de passage et de sortie. Une dizaine de sages-femmes sortent diplômées par an. Déjà en octobre 1901 a été créée à Cholon une Maternité-Ecole; les études plus sommaires étaient destinées à former des matrones municipales. Elles touchaient une indemnité mensuelle payée par la ville; les produits antiseptiques, les bandages, pinces et ciseaux étaient mis à leur disposition gratuitement.

A partir de 1926, on s'attacha à former les matrones rurales; les « ba mu » des villages venaient suivre des stages dans les maternités du chef-lieu de leur province où le médecin leur enseigna les règles élémentaires d'asepsie, leur fit prendre des habitudes de propreté, leur apprit à laisser faire la nature, à ne pas intervenir intempestivement dans les cas d'accouchements normaux et à faire appel au médecin en cas de complication, à sectionner et à panser le cordon ombilical, à faire la toilette des nouveau-nés, etc... Leur stage terminé, ces « ba mu » étaient renvoyées dans leur village d'origine. Des avantages matériels leur étaient accordés : construction d'une petite maison entretenue par le village, don du matériel et des objets de pansement nécessaires à l'exercice de leur profession, gratification proportionnelle au nombre d'enfants mis au monde et vivants. Mais ce système de formation des matrones rurales restait plutôt théorique; il n'était appliqué que dans de rares provinces et les élèves envoyées dans les hôpitaux apprenaient peu de choses, parce que la plupart du temps, les médecins négligeaient leur enseignement pour ne s'intéresser qu'au traitement des malades.

Le personnel infirmier se recrutait tous les ans, au fur et à mesure des besoins, par voie de concours. Les candidats reçus travaillent un an comme infirmiers stagiaires, puis sont admis dans les cadres.

En 1920, il y avait 278 sages-femmes et 700 infirmiers; en 1936, le nombre de sages-femmes est passé à 530 et celui des infirmiers à 1200.

Développement des établissements hospitaliers. — En 1904 le Vietnam comptait 69 établissements médicaux; en 1905, au moment de la création de l'Assistance Médicale (arrêté du 30 Juin 1905) par le Gouverneur Général BEAU, il en comptait 80. En 1914, 173; en 1930, 463. Ces chiffres englobent tous les établissements médicaux : hôpitaux, maternités, infirmeries, postes de secours, asiles d'aliénés, léproseries, etc.

De grands hôpitaux relevant du Service Général de l'Assistance, étaient réservés aux malades européens; la plupart de ces hôpitaux situés dans les grands centres sont restés intacts : Hôpital de Lanessan à Hanoï, Hôpital Grall à Saigon, Hôpitaux de Haiphong, de Quang Yên et de Huê.

A Hanoi, jusqu'en 1936, l'Hôpital indigène du Protectorat servit comme unique hôpital d'application de l'Ecole de Médecine à laquelle il était rattaché. Il comportait un service médical et un service chirurgical contenant chacun environ 100 lits. Les étudiants venaient y faire leurs stages tous les matins de 7 à 11 heures. Jusqu'en 1934 il n'y avait ni externat, ni internat. Chaque étudiant avait la surveillance d'un nombre déterminé de lits; la prise des observations était obligatoire. Les étudiants de quatrième année faisaient fonction de chefs de salle; le service de garde était assuré par roulement. L'hôpital comportait en outre une consultation gratuite qui recevait de trois

à quatre cents malades externes par jour. Dans la suite furent adjoints aux deux services médical et chirurgical un service de cancérologie, un service d'oto-rhinolaryngologie, une consultation dermatologique et à partir d'Octobre 1938, un service d'odonto-stomatologie rattaché à l'Ecole de Chirurgiens Dentistes nouvellement créée.

L'Institut Ophtalmologique de Hanoi fut l'œuvre de Monsieur Albert SARRAUT. Il était également rattaché à l'Ecole de Médecine.

L'hôpital René Robin, construit à Bach-Mai, à 4 kms de Hanoi, comporte de très vastes bâtiments capables de loger tous les services hospitaliers destinés à l'enseignement qui y furent transférés en 1936, à l'exception du service de chirurgie qui continue encore à fonctionner à l'Hôpital Indigène du Protectorat devenu Hôpital Yersin.

Outre ces hôpitaux d'application, Hanoi avait un dispensaire antituberculeux dont le rendement était plutôt faible et un dispensaire antivénérien pour les « filles publiques ».

Chaque chef-lieu de province possédait son hôpital avec une consultation gratuite et une maternité. Les hôpitaux de province hébergeaient des fonctionnaires et surtout des malades indigents dont la plupart étaient des miséreux sans profession, atteints d'affections chroniques, paludisme, tuberculose, ulcères phagédéniques, etc.

A partir de 1936 on commença la construction d'infirmeries rurales dans les chefs-lieux des principales circonscriptions (phu et huyên). Cette œuvre était à peine ébauchée et dans les postes médicaux ainsi organisés, on ne faisait que procéder à des distributions gratuites de quinine, d'aspirine, de collyres et pommades, d'ailleurs souvent faites au hasard.

Les lépreux, étant donnée la triste renommée attachée depuis toujours à leurs maux, furent les premiers à bénéficier des soins charitables des missionnaires et surtout des religieuses. L'administration les prit ensuite à sa charge; mais les religieuses continuent à servir dans plusieurs léproseries.

Le nombre de lépreux existant en Indochine est estimé à plus de 5.000. Au Tonkin il existait 5 léproseries. Qua Câm, située à 12 kms de Bac Ninh, comptait plus de 1.000 lépreux. La léproserie de Van Môn située à une dizaine de kilomètres de Thai Binh était un village de 1.200 lépreux; placée sous l'autorité du médecin chef de Thai Binh qui était alors le regretté Docteur VU NGOC ANH, c'était un village modèle, l'un des mieux organisés du delta du Fleuve Rouge, au point de vue constructions, tracé des routes, organisations sociales, services sanitaires. D'une propreté exemplaire jalousement entretenue, Van Môn présentait dans la campagne verdoyante de Thai Binh un air de fête perpétuel. Les routes étaient empierrées, les trottoirs blanchis à la chaux; on rebadigeonnait souvent les maisons dont la plupart en briques étaient recouvertes de tuiles. Chaque lépreux avait sa fiche médicale individuelle portant son origine, son nom, l'âge, la date d'entrée, les symptômes cliniques présentés et les traitements suivis. Le village possédait une infirmerie, un lazaret et une maternité. Les nouveau-nés sont recueillis pour être élevés ailleurs. Les habitants s'occupaient d'artisanat et de cultures maraîchères et commerçaient entre eux. Le Docteur VU NGOC ANH essayait à Van Môn toutes les méthodes de traitement et en enregistrerait soigneusement les résultats.

A part ces deux léproseries qui étaient situées dans le delta, les autres moins importantes étaient réparties dans les Moyenne et Haute Régions.

La léproserie de Qui Hoa était créée à Qui Nhon (Sud-Annam) par des religieuses.

Etablie en face de My Tho Ville (Cochinchine), la léproserie de Culaorong est tenue par les sœurs de l'ordre de Saint Paul de Chartres. Elle abritait près de 400 lépreux.

Il paraît que toutes ces léproseries ont été soit détruites, soit abandonnées au cours des dernières années, sauf celle de Qui Hoa.

Comme asiles d'aliénés, il y en avait deux : l'un à Biên Hoa sur la route de Xuân Lôc (Cochinchine), l'autre à Vôi (province de Bac Giang, Tonkin).

Le budget de l'Assistance Médicale augmentait progressivement. En 1922, il atteignit 3. 531.000 piastres et en 1929 dépassa sept millions.

Le nombre de malades hospitalisés augmentait de même. Mais les établissements hospitaliers étaient loin de suffire aux besoins de la population.

Nous donnons ci-après une liste des formations sanitaires au Vietnam avant le 9 Mars 1945, avec les noms des principaux établissements hospitaliers.

FORMATIONS SANITAIRES AU VIETNAM AVANT LE 9 MARS 1945

NORD-VIETNAM (TONKIN)

— Hanoï :

Hôpital Yersin (anciennement appelé Hôpital Indigène du Protectorat, Nha thuong Phu Doan). 563 lits.

Hôpital René Robin à Bach Maï (Nha thuong Công Vong).

Institut Ophtalmologique, 60 lits.

Hôpital de Lanessan (Nha thuong Dôn Thuy) réservé aux Européens, 460 lits.

Hôpital Chinois (Nha thuong Khach).

Dispensaire antivénérien (Nha Luc xi).

Pharmacie Centrale d'approvisionnement.

Laboratoire d'hygiène et de répression des fraudes.

Institut du Radium.

Institut Pasteur.

Enseignement : Faculté de Médecine et de Pharmacie.

Etablissement scientifique : Institut Indochinois pour l'étude de l'homme.

— *Haïphong* :

Hôpital Municipal, 154 lits.

Hôpital Colonial réservé aux Européens.

Bureau d'hygiène.

Lazaret maritime où Station quarantenaire de Binh Đông, en face du port de Haïphong, avec 32 lits pour les Européens et 148 lits pour les Indochinois.

En dehors des formations sanitaires de Hanoï et de Haïphong, le Nord-Vietnam comptait :

29 hôpitaux provinciaux dont l'Hôpital de Nam-Dinh avec 174 lits, l'Hôpital de Haï Duong avec 125 lits, l'Hôpital de Thái Binh avec 115 lits.

82 infirmeries et postes ruraux.

11 maternités isolées.

10 asiles d'incurables et orphelinats.

1 asile d'aliénés à Vôi (province de Bac Giang).

5 léproseries : Qua Cầm (province de Bac Ninh), Liêu Xá (province de Haï Duong), Văn Môn (province de Thái Bình), Huang Phong (province de Phu Tho), Khuya (province de Cao Bang).

Certaines entreprises industrielles entretiennent à leurs frais des hôpitaux pour leur personnel : Hôpital Picot de Hon Gay de la Société Française des Charbonnages du Tonkin, Hôpital de Tinh Tuc (province de Cao Bang) de la Société des Etains et

Wolfram du Tonkin, Hôpital de Cho Diên (province de Tuyên Quang) de la Société Minière et Métallurgique de l'Indochine.

CENTRE-VIETNAM (ANNAM)

— Huê :

Hôpital Principal de Huê ouvert en 1896, possédant 644 lits et comportant outre les services habituels de médecine et de chirurgie générales, l'Institut Ophtalmologique Albert Sarraut créé en 1921, l'Institut antivenérien Brieux fondé en 1923, le Dispensaire antituberculeux Pierre Pasquier créé en 1929, le Laboratoire de Bactériologie et le Service de Radiologie de Huê.

Laboratoire de Chimie et de Répression des Fraudes.

Pharmacie Centrale d'Approvisionnement transférée en 1931 à Tourane.

En dehors des formations sanitaires de Huê, le Centre-Vietnam comportait :

17 hôpitaux ou formations provinciales dont l'Hôpital de Thanh Hoa créé en 1892 et comportant 218 lits, l'Hôpital de Vinh créé en 1898 et comportant 204 lits, l'Hôpital de Faifoo (province de Quang Nam) créé en 1907 et comportant 300 lits, l'Hôpital de Tourane avec 157 lits, l'Hôpital de Qui Nhon avec 180 lits, l'Infirmerie-maternité de Bông Son avec 50 lits, l'Hôpital de Kontum avec 125 lits.

52 infirmeries rurales.

1 maternité isolée.

5 léproseries dont celle de Qui Hoa, près de Qui Nhon.

3 hôpitaux d'isolement.

L'Institut Pasteur de Nha Trang.

SUD-VIETNAM (COCHINCHINE)

— Saïgon-Cholon :

Hôpital Grall réservé aux Européens et comportant 200 lits.

Hôpital Indigène de Cochinchine comportant 647 lits et l'Ecole des Infirmiers de Cochinchine.

Hôpital Drouhet réservé aux Européens et comportant 50 lits.

Hôpital Mixte de Cho Quan avec 270 lits, réservé aux militaires vietnamiens, aux prisonniers, aux contagieux, aux malades en observation pour aliénation mentale ou lèpre avant d'être évacués sur l'Asile de Biên Hòa ou sur la léproserie de Culaorong, aux filles publiques et aux malades en cours de traitement antirabique à l'Institut Pasteur.

Polielinique de Saïgon.

Dispensaire Municipal réservé aux « filles soumises » et comportant 150 lits.

Maternité Indigène de Cholon avec 131 lits; à cette maternité était annexée l'Ecole de Sages-Femmes Indochinoises.

Institut Ophtalmologique avec 68 lits.

Clinique Oto-Rhino-Laryngologique avec 24 lits,

Institut de Puériculture créé en janvier 1927, avec 40 lits.

Institut de Prophylaxie antivénérienne inauguré en 1929.

Dispensaire antituberculeux Jean Krautheimer.

Lazaret maritime de Nhà Bè pour la mise en observation des passagers des navires provenant de localités contaminées par des maladies pestilentiellles.

Institut Pasteur de Saïgon.

En dehors des formations sanitaires de la région Saïgon-Cholon, le Sud-Vietnam comportait :

21 hôpitaux provinciaux dont l'Hôpital de Thudăumôt avec 524 lits, l'Hôpital de Vinh Long avec 440 lits, l'Hôpital de Tân An avec 436 lits, l'Hôpital de My Tho avec 420 lits.

25 maternités isolées.

186 infirmeries rurales ou postes de sages-femmes.

1 asile d'aliénés, l'Asile de Biên Hoa, sur la route de Xuân Lộc.

1 léproserie, celle de Culaorong située dans une île du Mékong, en face du chef-lieu de la province de My Tho.

Médecine préventive et Instituts Pasteur. — Le Vietnam était ravagé périodiquement par des épidémies dont les plus fréquentes et les plus dévastatrices étaient les épidémies de variole et de choléra. La peste, le typhus, la fièvre récurrente, la méningite à méningocoques, etc., étaient beaucoup moins connues.

Malgré la variolisation assez couramment pratiquée, les offensives de la variole faisaient de véritables hécatombes et laissent dans la mémoire populaire des souvenirs d'épouvante. Les années de 1885, 1905, 1917, 1923, 1929 étaient particulièrement marquées par « l'affection des haricots du Ciel », terme employé par les Vietnamiens pour désigner ce fléau caractérisé par des pustules semblables à des grains de haricots. La mortalité infantile était particulièrement sévère. Les malades guéris étaient souvent frappés de cécité.

En 1891, CALMETTE créa un Institut vaccinogène à Saigon. Les vaccinations antivarioliques furent pratiquées de plus en plus régulièrement et sur une échelle de plus en plus grande. En 1914, il fut pratiqué plus de deux millions de vaccinations au Vietnam et en 1929 plus d'un million rien qu'en Cochinchine. Dans les maternités on vaccine systématiquement tous les nouveau-nés et les médecins de province dans leurs tournées rurales vaccinent tous les enfants des écoles.

Le choléra n'était pas moins meurtrier. Etant donné l'abondance des cours d'eau au Vietnam, la densité des populations flottantes vivant dans les embarcations et qui déversent toutes les ordures dans les fleuves, l'absence d'eau potable dans les villages, les épidémies de choléra se développent et s'étendent avec une rapidité extrême. Les épidémies de 1850, 1854, 1859, 1885 sont restées historiques. Cette dernière apparut à Huê au commencement d'Août, peu après la prise de la ville par les troupes françaises; elle aurait

atteint la moitié de la population et la mortalité s'éleva de 70 à 75 %.

Plus près de nous, l'épidémie de 1926-1927 qui sévit au Tonkin à la suite des crues exceptionnellement grosses cette année là, fit plus de 16.000 victimes sur environ 22.000 cas déclarés, soit une mortalité de 75 %. L'épidémie de 1937-1938 fut aussi sévère. Cette dernière épidémie a duré du 20 Août 1937 au 13 Août 1938. Le virus, provenant des ports de la Chine du Sud, fut introduit sur la côte et l'extension, de la zone maritime à la haute région, s'est faite de proche en proche et a demandé près de trois mois. Le nombre de cas s'est élevé à 15.372 dont 11.488 décès, répartis en deux villes et 2.012 villages sur 12.000.

Il a été pratiqué en 1914, 42.330 vaccinations anti-cholériques, en 1927, près de 1.500.000 rien qu'au Tonkin, ce qui représentait 360 vaccinations pour 1.000 habitants. En 1937-1938, 9.650.000 vaccinations furent pratiquées.

Dans cette lutte contre les maladies épidémiques, les Instituts Pasteur d'Indochine ont joué un rôle de tout premier plan.

C'est en 1891-1893 que CALMETTE organisa dans l'enceinte de l'Hôpital Militaire de Saigon le premier laboratoire de microbiologie de l'Indochine qui devint quelques années plus tard l'Institut Pasteur de Saigon.

L'Institut Pasteur de Nha Trang fut fondé par YERSIN après son voyage à Canton où il réussit à isoler le coccobacille de la peste (1895). En 1904 ces deux établissements furent rattachés à l'Institut Pasteur de Paris.

L'Institut vaccinogène de Hanoi créé en 1904 et le laboratoire de bactériologie que le Docteur SÉGUIN installa dans l'un des pavillons de l'Hôpital de Lanes-

san, furent rattachés le 1^{er} Janvier 1926 aux Instituts Pasteur d'Indochine.

Outre la préparation des vaccins et sérums anti-varioliques, antipesteux, antitétaniques, etc., les Instituts Pasteur d'Indochine faisaient tous les examens de laboratoire dont les hôpitaux et les médecins praticiens avaient besoin pour leur diagnostic : recherches microbiennes, hémocultures, séro-réactions, etc.

Les Instituts Pasteur de Saigon et de Hanoi préparaient en plus le vaccin antirabique. En 1905, 257 personnes mordues par des chiens enragés ont été traitées à Hanoi et 110 à Saigon.

L'Institut Pasteur de Nha Trang s'est également occupé de l'étude des épizooties et de leur traitement, en particulier du traitement de la peste bovine.

Le laboratoire du paludisme organisé par les Instituts Pasteur d'Indochine a rendu d'immenses services dans la lutte antimalarienne.

En ce qui concerne la prévention contre les maladies endémiques qui constituent le fond pathologique permanent de la population vietnamienne, en dehors de la lutte antipaludéenne, il n'y eut que de timides essais. Contre la syphilis, la tuberculose, le trachome, l'amiabiose, le béribéri, toutes affections favorisées ou aggravées par la sous-alimentation, on n'organisait que quelques hôpitaux et dispensaires dont les traitements n'atteignaient forcément qu'un petit nombre de malades qui venaient comme ils pouvaient et comme ils voulaient. Et lorsqu'un syphilitique en cours de traitement, voyant ses lésions cutanées disparaître ou pâlir, cessait de revenir, il était impossible de savoir ce qu'il devenait.

L'Institut prophylactique antivénérien de Saigon, créé en 1926 sur l'initiative du Docteur COGNACQ, est ouvert aux malades indigents; les soins sont gratuits ainsi que les médicaments. En 1926, on y enregistrait

1819 consultants pour syphilis et en 1935, 8749. Quant au Dispensaire Municipal de Saigon qui contient 150 lits, il est réservé aux « filles publiques » ; par semaine 450 y passent la visite.

A Hanoi, outre le dispensaire antivénérien, il existait une consultation dermatologique, complément de la clinique dermatologique qui fut dirigée par le Docteur GRENIERBOLEY, notre ancien professeur de pathologie générale. A cette Consultation sise rue Julien Blanc, on soignait toutes les affections dermatologiques ; en particulier on organisait le traitement ambulatoire des syphilitiques ; ceux qui présentaient des lésions primaires ou secondaires étaient dirigés sur la clinique et mis exéat après blanchiment des lésions pour suivre le traitement ambulatoire. Chaque syphilitique avait sa fiche soigneusement tenue à jour, où l'on notait toutes les observations cliniques, les lésions cutanéomuqueuses, les réflexes tendineux, les résultats des examens de sang et de liquide céphalo-rachidien ainsi que les traitements suivis. Au commencement du traitement, un étudiant faisait « une leçon de morale » au malade pour lui expliquer la nature de la syphilis, son caractère héréditaire et contagieux, la nécessité de suivre un traitement long et patient, même après guérison des lésions apparentes. D'une manière générale, les malades constatant qu'on s'occupait sérieusement d'eux, se montraient « bons » c'est-à-dire assidus.

A partir de 1943, le Docteur GRENIERBOLEY ouvrit à la consultation une section spéciale pour le traitement ambulatoire de la lèpre qui me fut confiée pendant un an ; en même temps, il adjoignit au service une infirmière visiteuse. Les lépreux jugés peu contagieux, c'est-à-dire ne présentant pas de lésions bacillifères, ayant un frottis de mucus nasal et une goutte épaisse négatifs et d'autre part n'exerçant pas de profession favorisant la dissémination de la maladie telles que

commerce des denrées alimentaires, blanchissage, étaient autorisés à suivre le traitement ambulatoire. L'éthyl-éther de chaulmoogra que nous employions donnait des résultats très encourageants qui apportèrent à notre service un supplément de prestige et facilitèrent beaucoup le travail de l'infirmière visiteuse. Elle avait pour fonction d'aller relancer chez eux les malades, syphilitiques et lépreux irréguliers ou dont on remarquait brusquement une absence trop prolongée. De plus elle visitait les maisons de tous les lépreux traités à la consultation et faisait une enquête détaillée sur leurs modes d'existence, leurs antécédents héréditaires, leur famille, leurs conditions hygiéniques de logement et de nourriture; remontant l'histoire de la maladie, étudiant en détail les circonstances de la contamination, elle cherchait à dépister les autres lépreux du village ou du quartier et les persuadait à venir se faire examiner et traiter; en l'espace de quelques mois plusieurs dizaines de malades nous furent ainsi amenés. Notre infirmière visiteuse âgée d'une trentaine d'années, sérieuse, patiente et bienveillante, inspirait une réelle confiance aux malades qui l'aidaient beaucoup dans son travail de dépistage et d'eux-mêmes faisaient de la propagande pour notre consultation. Cette modeste expérience du système de l'infirmière visiteuse était encourageante.

Ce système a également donné de bons résultats au Dispensaire antituberculeux Jean Krautheimer de Saïgon en 1935; une sœur visiteuse faisait des visites domiciliaires pour apporter des soins aux malades fatigués et en même temps dépister les tuberculeux qui ne s'étaient pas présentés au dispensaire.

La formation des infirmières visiteuses a également intéressé le Dispensaire de la Croix Rouge de Saïgon qui comptait y recourir pour dépister et soigner les enfants malades.

Mais cette question n'a jamais retenu l'attention de l'Administration. L'Ecole des Assistants Sociaux ouverte à Saigon en 1940 qui devrait répondre à ce but, n'était qu'une ressuscitation nullement nécessaire de l'ancienne Ecole des Médecins Auxiliaires Indochinois.

Le Dispensaire antituberculeux Jean Krautheimer de Saigon recevait en 1935, 17.183 consultants. Le Dispensaire antituberculeux de Hanoi était moins fréquenté.

Ainsi, comme organisations pour lutter contre les maladies endémiques, il n'y avait que quelques dispensaires antituberculeux et antivénériens du reste plutôt démunis.

La lutte antimalarienne mérite une mention spéciale à cause de l'étendue du fléau que représente le paludisme et de l'importance plus grande des moyens prophylactiques qui ont été déployés.

Lutte antimalarienne. — Le paludisme au Vietnam est de loin le fléau le plus redoutable. Il règne à l'état endémique, fait désertier d'immenses régions riches de possibilités économiques et tue à lui tout seul plus de monde que toutes les autres maladies réunies.

De sérieux essais ont été entrepris avec succès pour assainir quelques centres urbains des Moyenne et Haute Régions du Tonkin, certaines provinces de la plaine côtière de l'Annam et certaines plantations des Hauts Plateaux du Sud-Annam et des Terres Rouges de Cochinchine.

Ces résultats ont été obtenus au prix d'efforts soutenus et grâce à la collaboration étroite entre le Service Antipaludique de l'Institut Pasteur, l'Assistance Médicale, le Service Antimalarien des Travaux Publics, l'Administration et parfois aussi le Service Agricole.

Les premières opérations sont menées par le Service Antipaludique de l'Institut Pasteur qui procède à l'enquête malariologique de la région à assainir. L'enquête comprend une partie épidémiologique (détermination des index endémiques, réunion de tous les renseignements nécessaires pour apprécier l'importance de l'endémie palustre locale, ses variations saisonnières, le degré de prémunition des habitants, etc.) et une partie entomologique (recherche des gîtes larvaires à anophèles et localisation des gîtes permanents, identification des espèces locales à l'état larvaire et à l'état adulte, étude des variations saisonnières de la faune, détermination des espèces vectrices locales, etc.). Cette enquête terminée, on procède à l'étude topographique du terrain et dresse un plan précis de drainage en tenant compte de la nécessité d'obtenir un prix de revient et d'entretien économique par une réduction au minimum de la surface du réseau drainant avec un maximum d'efficacité. Un ingénieur antimalarien surveille l'exécution des travaux qui s'effectuent en deux temps : travaux temporaires d'approche et de préparation du terrain, drainage provisoire, puis travaux définitifs, canaux en ciment, drainage souterrain par poteries, etc. Au cours de ces travaux, tout le personnel est quinzé préventivement, et s'il le faut, relevé chaque semaine par équipe.

La Commission pour la lutte antimalarienne réunie le 5 Septembre 1932 décidait d'entreprendre l'assainissement des quatre chefs-lieux de province suivants : Tuyên Quang, Ha Giang, Hoa Binh, Lao Kay. La moindre intensité de l'épidémie palustre dans les chefs-lieux de Yên Bay, Bac Kan, Thai Nguyên, Cao Bang, fit qu'on n'envisageait dans ces centres que des mesures temporaires de protection.

Les premiers travaux permanents dans les centres de Tuyên Quang, Hoa Binh, Ha Giang, Lao Kay ont été exécutés en 1932-1933, En 1934 des travaux com-

plémentaires remédièrent aux déficiences des travaux drainants constatées au cours des contrôles entomologiques. L'ensemble des travaux limitait à des surfaces assez réduites les zones de protection aménagées autour des centres urbains et ceci suivant les disponibilités financières. Mais bientôt il s'avérait nécessaire d'étendre ces zones pour assurer la sécurité des centres qu'on s'est proposé d'assainir. De nouveaux travaux furent décidés :

- aménagement d'un faubourg de Ha Giang, Yên Biên situé sur la rive gauche de la Rivière Claire; travaux exécutés au cours de la campagne 1933-1934 et parachevés fin 1936;
- travaux complémentaires exécutés à Hoa Binh en 1936;
- extension des travaux permanents dans les quartiers de la Mission et des Charbonnages à Tuyen Quang, fin 1936;
- extension et amélioration des réseaux dans le centre LaoKay-CôcLêu en 1937-1938.

Les dépenses totales ainsi occasionnées s'élevèrent à 176.735 piastres. 1.289 hectares de superficie étaient traités dont 286 de surface de terrain à l'intérieur des centres urbains protégés au maximum. 66.123 mètres de réseaux drainants ont été posés, assurant la protection à 19.635 habitants.

Les moyennes des prix de revient étaient ainsi évaluées : 138 piastres par hectare traité; 615 piastres par hectare protégé au maximum c'est-à-dire situé dans l'enceinte des centres urbains; 9 piastres par habitant protégé.

Les résultats furent concluants. Les index infantiles relevés régulièrement permettent le mieux de suivre les variations de la courbe endémique. Voici ceux qui ont été enregistrés à Ha Giang, avant et après l'exécution des travaux antimalariens :

- en 1932, index splénique 60 %, index plasmodique 81 %;
- en 1935, index splénique 30 %, index plasmodique 23 %.

Les décès pour paludisme au pénitencier de Ha Giang étaient de 24 en 1932 et de 9 en 1936.

Ces travaux antimalariens présentaient certaines particularités : on réalisait un excellent drainage souterrain par des tuyaux en poteries; les drains ouverts en béton présentaient un profil en cunette pour permettre l'écoulement des eaux même en saison sèche. Certains suôis (ruisseaux) étaient aménagés au moyen de barrages successifs avec vanne équilibrée ou vanne à vis qu'on ouvrait toutes les semaines pour provoquer une chasse d'eau ou « flush » qui emporte dans ses tourbillons les larves d'anophèles et les détruit.

Des brigades antilarvaires assuraient l'entretien des réseaux, le nettoyage et le mazoutage des drains, le débroussaillage des surfaces entre ouvrages. En particulier elles surveillaient l'observation rigoureuse des mesures suivantes : suppression des cressonnières, pâturage du bétail en dehors de la zone de protection, couverture des puits, interdiction de toutes constructions nouvelles dans la zone de protection afin de ne pas créer de nouveaux relais dans le rayon de la puissance de vol des anophèles.

Dans les plaines côtières de l'Annam, on s'était adressé aux procédés biologiques (naturalistic control) d'irrigation alternée des rizières. Il était acquis au point de vue antimalarien que les rizières complètement à sec seulement 24 heures par semaine étaient absolument impropres à la reproduction des anophèles.

En 1935, sur la recommandation du Docteur MORIN, chef du service antipaludique de l'Institut Pasteur, le Service des Travaux Publics de l'Annam essaya cette

méthode aux rizières de Phu Nhon desservies par des batteries de norias établies sur le Tra Khuc, rivière de la province de Quang Ngai. Les résultats furent concluants, tant dans la destruction des larves que dans le rendement des récoltes qui était le même à peu de chose près en régime d'irrigation alternée qu'en régime d'irrigation continue quand le module d'irrigation était suffisant.

L'expérience fut étendue aux provinces de Thanh Hoa, Quang Nam et à de nouvelles régions de Quang Ngai. Les résultats corroborèrent ceux déjà obtenus à Phu Nhon. Ainsi est démontré qu'il est possible d'appliquer dans les zones impaludées, sans aucun inconvénient pour les récoltes et avec une grande économie, les mesures antilarvaires employées à Phu Nhon soit par irrigation alternée (trois jours d'irrigation, trois jours d'arrêt), soit par irrigation et drainage des rizières (cinq jours d'irrigation, un jour de drainage, un jour d'assec).

Il serait bon d'apprendre ces méthodes biologiques de prophylaxie aux paysans qui se chargeront de les appliquer eux-mêmes, d'autant plus volontiers qu'elles leur permettront d'économiser l'eau si précieuse dans ces provinces d'Annam menacées de sécheresse tous les ans.

Les Terres Rouges du Sud-Annam et de la Cochinchine sont d'une belle fertilité mais également d'une triste réputation d'insalubrité. La mortalité par paludisme des ouvriers planteurs était effrayante, les recrues qu'on y amenait étaient parfois entièrement décimées au bout de cinq ans. Le problème du recrutement de la main-d'œuvre était difficile à résoudre. Les sociétés de plantations finirent par s'apercevoir que dans leur propre intérêt elles devaient entreprendre l'assainissement des concessions qu'elles se proposaient d'exploiter.

Les premiers essais de lutte antimalarienne organisée rationnellement le furent par le Docteur CANET dans un groupe de dix plantations des Terres Rouges couvrant une superficie de 30.000 hectares avec une population de 13.000 ouvriers. Les travaux d'assainissement ont été exécutés d'après les conseils des Docteurs MORIN et ROBIN de l'Institut Pasteur de Saigon et sur le modèle des travaux réalisés dans les plantations de la Malaisie où CANET avait effectué un voyage d'études.

Commencée en 1933 dans le groupe principal des plantations de Hon Quan, cette lutte ne tarda pas à donner d'excellents résultats. De nombreux villages se formèrent, dotés de toutes les organisations sociales et médicales nécessaires au développement d'une vie normale. De 1933 à 1935, les plantations de Xa Câm furent assainies par 29 kms de réseau drainant pour une superficie de 185 hectares, ce qui assurait la protection des villages de Binh Phu, de Phu Lô et de An Lôc qui comptaient ensemble 306 maisonnettes et 1.580 habitants.

27 kms de réseau drainant étaient installés dans les plantations de Quan Loi, assainissant une surface de 100 hectares, pour une population de 905 habitants répartis dans 205 maisonnettes.

Dans les plantations de Xa Trach, un assainissement unique a permis de créer à la fois un village remarquablement construit et disposé et un hôpital comprenant des aménagements modernes destinés au service de toute la plantation.

Le nombre d'ouvriers demandant le renouvellement de leur contrat augmentait régulièrement et la main-d'œuvre était pratiquement fixée, ce qui était la meilleure preuve du succès de l'œuvre sanitaire entreprise.

En dehors de ces essais d'irrigation alternée des rizières en Annam et de ces travaux d'assainissement

par drainage des eaux dans les Moyenne et Haute Régions du Tonkin et les plantations des Terres Rouges, l'organisation de la lutte antimalarienne était représentée par des dispensaires où l'on distribuait gratuitement de la quinine et parfois des produits synthétiques, quinacrine, prémaline, etc., à la population impaludée. Le Service de Quinine d'Etat, créé en 1919, a distribué en 1920, 1.043 kilos de quinine. Mais ces procédés chimio-thérapeutiques tout en n'atteignant forcément qu'un nombre limité d'habitants, ne donnait que des résultats temporaires. Aussi plusieurs de ces dispensaires furent-ils abandonnés; tel était le cas du dispensaire antimalarien de Binh Dinh dirigé en 1935 par les Docteurs H. TREGOUET et HOANG SU et qui fut fermé au bout d'un an malgré les résultats cliniques obtenus.

La lutte antimalarienne au Vietnam restera longtemps encore une véritable lutte de titan à mener pour protéger la population contre une cause majeure de mortalité et de diminution du rendement au travail et pour remettre dans le circuit de la vie économique du pays d'immenses régions fertiles et riches en sous-sol (Moyenne et Haute Régions du Tonkin, arrière pays de l'Annam, Hauts Plateaux du Sud-Annam, Terres Rouges et Plaine des Joncs de la Cochinchine.)

III. — SITUATION MÉDICALE AU VIETNAM DEPUIS 1945.

Avant le 9 Mars 1945, le Vietnam ressentait déjà les contre coups de la guerre mondiale et plus particulièrement de la guerre du Pacifique : occupation japonaise, bombardements américains, difficultés des communications... Mais la vie continuait son cours à peu près normal et même l'activité médicale s'intensifiait; c'est à cette époque que furent créées l'Ecole des Chirurgiens Dentistes et celle des Assistants Sociaux et

que se dessina pour la première fois un sérieux mouvement en faveur du développement de la médecine sociale et rurale.

Le 9 Mars a tiré le rideau sur des événements tragiques qui, à l'heure où nous écrivons, sont encore loin de prendre fin et dont les conséquences funestes sur la vie médicale au Vietnam s'aggravent de jour en jour.

Au lendemain de cette date, les voies de communication devenant de plus en plus précaires, le riz de Cochinchine étant de ce fait immobilisé dans ses greniers, la répartition alimentaire n'étant pas organisée, les agriculteurs, par suite de l'instabilité de la vie et de la dévaluation de la monnaie, refusant de vendre leurs céréales, une famine, la plus terrible que le Vietnam ait connue, ravagea le Tonkin et le Nord-Annam. Le manque de statistiques à cette période troublée ne permet pas de connaître le nombre exact des victimes. Le chiffre de deux millions avancé par certaines personnes est certainement exagéré, mais on peut dire que c'était par centaines de milliers que les paysans du Tonkin mouraient de faim.

J'avais alors organisé une « équipe de collecteurs de restes de repas » (Doan Khât Thuc) qui fonctionnait de Mars à fin Mai 1945 dans toutes les provinces du delta du Tonkin et du Nord-Annam ainsi que dans certaines provinces de la Haute-Région. Dans chaque quartier, dans chaque village, nous avions des « collecteurs » qui deux fois par jour allaient de maison en maison recueillir les « restes de repas » pour les distribuer aux pauvres. La population très généreusement répondit à notre appel; et dès la fin de la première semaine, nous avons pu organiser rien qu'à Hanoi vingt centres de distribution de nourritures pour plus de vingt mille pauvres. Mais le nombre de ceux qui

mouraient de faim restait très élevé. Notre organisation qui prenait à sa charge le service funèbre des morts abandonnés, enterrait de cent à deux cents cadavres par jour; nous creusions au cimetière Hop Thiên des fossés longs de dix à quinze mètres et profonds de deux mètres; après les avoir tapissés de chaux vive, nous y déversions les cadavres par tombereaux; ce n'est qu'à partir du deuxième mois que nous arrivions à nous procurer des cercueils. A la campagne, des villages entiers étaient décimés, parfois jusqu'au « ly trung » (chef du village) lui-même.

A la même époque une épidémie de typhus éclata. Déjà en Octobre 1942, on en avait observé des cas sporadiques dans les provinces de la Haute Région, puis à Hanoi. En 1945, les hôpitaux furent remplis de malades atteints de typhus. D'après le Professeur RIVOALEN de la Faculté de Médecine de Hanoi à qui l'on doit les premières observations de typhus en 1942, la mortalité de cette épidémie était plutôt faible, du moins dans les hôpitaux. Mais il est impossible d'avoir une idée du taux de la mortalité par typhus des habitants aux prises avec la famine, le départage entre ce qui revient à la faim et ce qui revient à l'épidémie étant bien difficile. Quoi qu'il en soit, au début de Mai, lorsque nous organisions le « camp de Giap Bat » où furent recueillis plus de cinq mille mendiants, tous les jours il y avait encore une centaine de personnes qui mouraient.

Septembre 1945. Les troupes d'occupation chinoises vinrent du Yunnan et s'installèrent dans tout le Nord de l'Indochine, jusqu'au 16^e parallèle. Troupes loqueteuses, faméliques, allant nu-pieds, portant leurs pénates dans des paniers ou d'anciennes touques d'essence suspendues au bout de fléaux en bambou, elles se répandirent dans le Nord-Vietnam comme une armée de sauterelles. Les habitants les comparèrent aux men-

dians de Giap-Bat. Elles furent relevées en Février 1946 par les troupes de Nankin mieux organisées, plus présentables et plus disciplinées.

Les hordes yunnanaises envahirent la ville et la campagne, réquisitionnèrent les pagodes, les écoles, les bâtiments publics, les immeubles des particuliers; elles faisaient leurs cuisines partout, séchaient partout leurs haillons et promenaient partout leurs ulcères phagédéniques; les soldats malades qui mouraient sur les trottoirs n'étaient pas rares; le Commandement chinois n'y attachait aucune importance.

Plusieurs fois à l'Hôpital Yersin, je me le rappellerai toujours, nous avons téléphoné au Quartier Général Chinois pour l'informer qu'il y avait des soldats chinois trouvés morts devant l'hôpital; on nous répondait que c'était à nous d'en faire ce que nous voulions. Si parfois de tels soldats étaient enterrés par l'armée chinoise, c'était en pleine ville, là où se trouvait un coin de terrain libre; et l'on creusait un petit fossé, tout juste ce qu'il fallait pour y déposer le cadavre et le recouvrir d'une légère couche de terre.

Dans ces conditions, il était inévitable que de graves épidémies allaient sévir. Novembre 1945; des cas de fièvre récurrente furent signalés à Hanoï et à Haiphong; rapidement ils se multiplièrent. Cette épidémie amenée par les soldats chinois prenait des proportions catastrophiques. On dit qu'elle faisait presque autant de victimes que la famine qui l'avait précédée. Tous les pavillons de l'Hôpital René Robin étaient employés à recevoir les malades atteints de cette « fièvre jaune »; comme l'appelait parfois la population à cause de la forme ictérique fréquemment observée. Deux ou trois malades étaient dans le même lit et des nattes étaient étendues sur le plancher pour en recevoir d'autres. Pour le traitement, on mobilisait tout ce que l'hôpital avait d'arsenicaux : novarsénobenzol,

sulfarsénol, acétylarsan, stovarsol et jusqu'au cacodylate de soude.

Depuis longtemps pareille épidémie n'avait sévi avec tant d'ampleur. De 1915 à 1940, on ne relève dans la littérature médicale indochinoise que 28 cas de fièvre récurrente, la plupart étant observés dans les pénitenciers. C'est probablement de la Chine du Sud qu'est venue l'épidémie de 1945-1946. A Tungchi, près de Kweichow, chef-lieu de la province de Kuang-Si, le Docteur S.-M. CHIAO a observé, en 1939, 37 cas sporadiques de fièvre récurrente; en 1940, il a pu examiner 549 malades chez 161 desquels il a trouvé des spirochètes. S.-M. CHIAO estime à 5.500 cas au moins le nombre de sujets atteints dans cette région, et le nombre de décès fut d'environ 2.350; ce qui représente une mortalité de plus de 40 %. La mortalité au Tonkin ne devait pas être moins élevée. Dans sa thèse soutenue à Paris, en mars 1947, et traitant de cette épidémie, le Docteur CARJAT, qui travaillait à l'Hôpital Picot de Hongay, nous apprend que, d'après les renseignements qu'il avait recueillis dans cette région minière, la mortalité variait de 20 à 60 % suivant les villages, oscillant le plus souvent autour de 50 %. Au banc de sable de Phuc Xa, îlot alluvionnaire émergeant en saison sèche au milieu du Fleuve Rouge, des deux côtés du Pont Doumer, le curé nous faisait savoir qu'au cours du mois de janvier 1946, il y a eu plus de 3.000 décès. Cette mortalité si forte était due au désarroi des services hospitaliers, à la pénurie de médicaments et à la difficulté des communications qui empêchait les malades de se faire hospitaliser à temps.

A part ces deux épidémies, la population prétend qu'il en existe beaucoup d'autres, en particulier des épidémies de variole qui sévirent après le 19 décembre 1946, date d'ouverture du conflit franco-vietnamien, dans beaucoup de provinces contrôlées par la guérilla

vietnamienne. Il est difficile de vérifier ces assertions. Toutefois, de telles épidémies ne seraient que le résultat normal des conditions de vie particulièrement précaires qui règnent dans ces régions : opérations militaires continues, sous-alimentation de la population plus grave que jamais, relâche du contrôle médical.

A la faveur des troubles et de la guerre, les maladies endémiques, paludisme, tuberculose, syphilis, lèpre, trachome, etc., prolifèrent en toute liberté. Le paludisme, en particulier, a pris une extension effrayante. En Cochinchine, en octobre 1945, au Tonkin et en Annam après le 19 décembre 1946, la population fuyant la guerre, évacua les villes et les chefs-lieux de province. Plus d'un million d'habitants désertant les centres urbains menèrent ainsi une vie errante dans une campagne inquiète qui n'était pas du tout organisée pour recevoir cet afflux démographique massif. Avec le calme relatif rétabli dans les principaux centres de Hanoï, Haïphong, Saïgon-Cholon, la population y revient progressivement. Beaucoup sont porteurs d'hématozoaires. La carte du paludisme s'étend à des zones autrefois saines. A Saïgon et à Hanoï, on rencontre beaucoup de gens atteints d'anémie palustre, et il devient dangereux de coucher sans moustiquaire. La situation est d'autant plus grave que la pénurie de médicaments est grande et que tous les médicaments qui arrivent à Saïgon sont sévèrement contingentés, surtout les sulfamides, la quinine et les produits synthétiques antimalariens. La quinine n'est plus vendue que sur présentation d'une ordonnance médicale et le médecin doit renouveler sa prescription chaque fois.

L'une des causes principales de cette recrudescence pathologique généralisée réside dans la destruction de nombreux centres hospitaliers.

Au Sud-Vietnam, les hôpitaux de Saïgon-Cholon fonctionnent normalement. La plupart des hôpitaux de

province sont intacts. Mais les postes médicaux secondaires et les infirmeries rurales ont été détruits. D'autre part, les médecins désertent les provinces, surtout dans l'Ouest Cochinchinois, pour venir s'installer à Saïgon. Il a été très difficile au Gouvernement du Sud-Vietnam de recruter du personnel médical. Le Général XUAN, qui était Président de ce Gouvernement, a dû s'adresser aux étudiants de troisième année de médecine pour diriger les hôpitaux de province comme médecins-chefs. De substantiels privilèges leur étaient promis. Il y a eu fort peu de candidats.

Au Tonkin et en Annam, en dehors des gros centres urbains de Hanoï, Haïphong, Huê, Tourane, qui ont d'ailleurs beaucoup souffert, tous les autres chefs-lieux ne sont plus que monceaux de ruines parmi lesquelles sont confondus celles des établissements hospitaliers.

Au Nord-Vietnam, il n'y a plus que les hôpitaux de Hanoï et de Haïphong qui fonctionnent. A Hanoï, l'Hôpital de Lanessan est toujours réservé aux malades européens. L'Hôpital Yersin, grâce à l'activité du Docteur HUARD, notre ancien professeur d'anatomie et de chirurgie, actuellement Doyen de la Faculté de Hanoï, n'a jamais cessé de fonctionner. Cependant, vu l'exiguïté de ces bâtiments, il ne suffit guère aux besoins de la ville. L'Hôpital René Robin, situé à Bach Mai, dans une zone où règne l'insécurité, n'a pas encore repris ses services. Tout récemment, le 7 février 1949, ont été inaugurés les locaux rénovés de l'Institut du Cancer de Hanoï, rue Richaud, sous la présidence du Professeur Léon BINET, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Au Centre-Vietnam, l'Hôpital de Huê est divisé en deux parties, l'une réservée au corps expéditionnaire français, l'autre confiée à l'Assistance Médicale vietna-

mienne dirigée par Monsieur HOANG MONG LUONG, ancien médecin Indochinois. Voici, d'après un rapport en date du 20 décembre 1948, de Monsieur HOANG MONG LUONG, à la fois chef de l'Assistance Médicale du Centre Vietnam et Directeur de l'Hôpital de Hué, des détails précis qui nous permettront de nous faire une idée sur la situation actuelle de l'Assistance Médicale au Vietnam, ses difficultés multiples et le caractère nécessairement provisoire de ses organisations.

Personnel. — Le personnel actuellement en service dans les provinces de Dong Hoï, Quang Tri, Thua Thiên, Quang Nam, comprend : 1 docteur, 7 médecins indochinois (les anciens médecins auxiliaires), 1 assistant social, 1 infirmier de cadre européen chargé du contrôle de la pharmacie, 1 sage-femme diplômée de la Faculté de Médecine de Hanoï, 3 sages-femmes du cadre moyen, 94 infirmiers, 2 plantons, 62 hommes de peine.

Bâtiments. — Hué possède un hôpital et un sanatorium antituberculeux, avec en tout 450 lits. L'Hôpital de Quang Tri comporte 35 lits installés dans des paillotes. L'Hôpital de Dong Hoï comprend deux paillotes et une tente en toile avec en tout 60 lits. L'Hôpital de Quang Nam est établi dans une maison délabrée louée à un particulier et qu'on est en train de réparer; on y a disposé 100 lits.

On a construit 5 infirmeries rurales et 2 maternités dans la province de Thua Thiên, 5 infirmeries rurales à Quang Binh, 4 à Quang Tri, 4 à Dong Hoï avec 1 maternité. Une nouvelle infirmerie et une nouvelle maternité sont en construction à Hoa Vang, près de Tourane.

Instrumentation et médicaments. — Les médicaments et surtout le matériel hospitalier et les instruments chirurgicaux sont très insuffisants. Le matériel d'odontologie est inexistant; des commandes en ont été

faites en France. Il a été dépensé, pour l'achat du matériel et des médicaments, une somme de 344.024 piastres. (Comparée à la piastre de 1938, la piastre actuelle a un pouvoir d'achat trente fois moindre.)

Travail fourni par l'Assistance Médicale du Centre-Vietnam du 1^{er} juin au 19 décembre 1948. — 67.120 malades consultants, 8.249 malades hospitalisés, 557 accouchements, 9.076 vaccinations antivarioliques, 6.064 vaccinations antityphoïdiques, 2.149 vaccinations anticholériques, 1.086 vaccinations antitétaniques, tel est le bilan du travail fourni par l'Assistance Médicale du Centre-Vietnam au cours du deuxième semestre de l'année 1948.

Dépenses et recettes.

Dépenses :

Paiement du personnel	1.806.029 piastres	
Entretien et soins des malades	504.000	«
Frais d'installation des services hospitaliers	605.233	«
Achats de matériel et de médicaments	344.024	«
Divers	24.000	«

Total : 3.319.288 piastres

Recettes :

Versement par les malades payants	70.426,22 piastres	
Vente de médicaments aux malades consultants . .	34.654,04	«
Electrothérapie	3.675,00	«

Total : 108.755,25 piastres

En août 1948, j'ai visité l'Hôpital de Huê. Il fonctionne difficilement malgré le dévouement et l'ingéniosité de Monsieur HOANG MONG LUONG. Tout manque : instruments de chirurgie, médicaments, lits de malades, etc... La plupart des malades hospitalisés gardent les vêtements qu'ils portent à l'entrée, parce que le linge d'hôpital est presque inexistant. Beaucoup sont couchés sur des nattes étendues par terre. Mais l'inconvénient majeur réside pour le moment dans la pénurie de personnel et surtout dans la difficulté du recrutement des médecins. La situation politique étant encore confuse, la plupart des médecins préfèrent s'occuper de clientèle privée ou même se reposer tout à fait plutôt que d'apporter une collaboration quelconque à des organisations revêtant un caractère tant soit peu officiel. Aussi les laboratoires et la pharmacie de l'Hôpital de Huê sont-ils confiés à un infirmier et les services des spécialités n'ont pu être ouverts.

DEUXIEME PARTIE

QUELQUES SUGGESTIONS SUR LA RÉORGANISATION MÉDICALE A ENVISAGER

Une tâche médicale immense et singulièrement difficile attend le corps médical du Vietnam. La situation sanitaire du pays a été singulièrement compromise par les irrégularités et les privations d'une période de troubles et d'insécurité. Quand on sait que la plupart des centres urbains, villes, chefs-lieux de province, chefs-lieux de circonscription, ont été entièrement rasés, qu'au chef-lieu de la province de Son Tâý où les troupes françaises sont entrées en novembre 1948, il ne restait pas un seul pan de mur dépassant 20 cm. de hauteur, on réalise facilement le nombre de personnes qui sont devenues sans logis et qui viennent s'entasser dans les cases paysannes en paillote dont ils ne font qu'aggraver les conditions malsaines. Cette promiscuité, ajoutée à l'insécurité de l'existence, ne peut que rendre plus défectueuse l'hygiène dans les villages déjà si mal observée en période normale. Le ralentissement de l'activité agricole, la difficulté des communications entre les différentes provinces, l'arrêt du commerce et des échanges des denrées alimentaires qui en résulte, ne font qu'accentuer une sous-alimentation qui a toujours régné en permanence. La recrudescence de la morbidité générale est une conséquence naturelle de

cet état de choses, d'autant plus que le contrôle médical devenu forcément très déficient, ne permet guère d'en limiter la portée.

Pour faire face à cette situation sanitaire particulièrement sombre, de quoi disposons-nous ? L'ancienne organisation médicale est détruite en grande partie. La pénurie de personnel est sérieuse; les événements des dernières années ont créé beaucoup de vides dans le corps médical; la formation de nouveaux cadres interrompue pendant plus de deux ans ne reprend qu'au ralenti.

D'autre part, le Vietnam étant profondément ravagé par la guerre, quand l'heure de la reconstruction viendra, les moyens budgétaires dont on disposera, du moins pour le début, seront nécessairement limités. Aussi la réorganisation médicale au Vietnam devra-t-elle ne viser strictement qu'un but d'efficacité, en tenant pour étrangère toute considération d'apparat extérieur. Ainsi, on cherchera moins à doter chaque chef-lieu de province d'un bel hôpital qu'à construire plusieurs petits hôpitaux et surtout de nombreux postes médicaux répartis dans les circonscriptions-phu et huÿen et dans les villages.

Pour le moment, la paix n'étant pas encore revenue et la situation générale restant confuse, on est réduit à ne mettre sur pied que des organisations provisoires pour répondre aux besoins les plus pressants. Mais d'ores et déjà, il faut étudier le plan d'organisation future. L'expérience des cinquante dernières années constituera pour nous un guide précieux.

I. — PRINCIPES DE LA RÉORGANISATION.

La principale caractéristique de l'ancienne œuvre médicale c'est qu'elle était axée presque exclusivement sur le développement de la médecine curative. Tout

l'effort médical a été porté sur la construction d'hôpitaux et de dispensaires où la plupart du temps les soins et les médicaments étaient gratuits.

Les hôpitaux du Vietnam étaient surtout des hôpitaux pour indigents. Les gens qui en ont les moyens se font soigner dans les cliniques privées et surtout chez eux. En dehors des fonctionnaires envoyés par leur service et des malades hospitalisés pour opérations, il n'y avait dans les hôpitaux que des malades indigents, atteints le plus souvent de maladies chroniques, logés, vêtus, nourris et soignés gratuitement. Tous les hôpitaux de province étaient conçus dans cet esprit, et les infirmeries rurales étaient créées surtout pour distribuer à la population quelques médicaments usuels, aspirine, quinine, etc...

Cette organisation médicale est la continuation des œuvres de charité publique dirigées par les missionnaires et les religieuses, et procède du même esprit qu'elles : soulager les misères et les souffrances des déshérités de la vie.

La méthode est fort louable au point de vue humanitaire, et la présence des bâtiments hospitaliers dans les centres peuplés attestait le souci des pouvoirs publics de venir en aide aux pauvres.

Mais les résultats pratiques étaient forcément limités, surtout au point de vue de l'amélioration de l'état sanitaire général. Etant donné la difficulté et la cherté des moyens de communication, seuls ceux qui habitaient à proximité des hôpitaux, dans un rayon relativement faible d'une dizaine de kilomètres, pouvaient les fréquenter. Les chemins de fer représentaient un réseau plutôt sommaire, ne reliant que les principaux chefs-lieux de province entre eux; l'intérieur n'était desservi que par quelques sociétés de transports automobiles qui assuraient le service entre les principales

circonscriptions, deux ou trois fois par semaine. Les villages les plus riches disposaient de quelques pousse-pousse rudimentaires aux roues en bois mal équarries et qui mettaient au moins une journée pour faire une vingtaine de kilomètres. Les voitures à chevaux n'existaient que dans le Sud-Annam et en Cochinchine. De plus, les voyages en pousse-pousse et en voiture à chevaux coûtaient très cher. Aussi le rayon d'action des hôpitaux était-il bien limité. Les malades habitant les villages tant soit peu éloignés, n'y venaient qu'en cas d'extrême gravité et le plus souvent pour y décéder.

Ceux qui se faisaient hospitaliser assez tôt pour pouvoir profiter d'un traitement efficace, quittaient l'hôpital dès qu'une certaine amélioration était observée. On les perdait de vue après leur sortie, car la formation des infirmiers visiteurs était inexistante. Ces malades améliorés mais non guéris, remis en circulation, faisaient des rechutes fréquentes et disséminaient leur maladie; les nouveaux cas ainsi produits étaient souvent plus difficiles à traiter à cause des chimio-résistances résultant des traitements insuffisants auxquels a été soumis le germe pathogène. De tels cas s'observaient fréquemment dans la syphilis et la blennorragie.

Ceux qui étaient guéris, rendus à leur milieu, reprenaient leurs habitudes de vie anciennes et étaient exposés aux réinfectations. C'est bien d'administrer de la xanthonine aux malades atteints d'helminthiase; mais si les jardins potagers continuent à être irrigués avec des matières ordurières riches en œufs d'helminthes, et si les gens continuent à consommer ces légumes souillés sans les laver soigneusement, les résultats de la cure par xanthonine n'auront été que fort éphémères.

Le service de dépistage des maladies était absent. Pour un tuberculeux qui venait se faire examiner et soigner au dispensaire, il y en avait beaucoup d'autres

qui continuaient à semer les bacilles autour d'eux et à multiplier le nombre de victimes.

Bien entendu, des guérisons spectaculaires peuvent constituer une bonne propagande pour les hôpitaux et y amener de nouveaux malades. C'est ainsi qu'à la consultation dermatologique de Hanoï, nous avons pu constater de temps à autre que certains malades, syphilitiques ou lépreux, ayant bénéficié d'une rapide amélioration de leurs signes cliniques, nous amenaient leurs amis présentant les mêmes symptômes qu'eux. Mais les guérisons spectaculaires sont plutôt rares; la plupart du temps, ce sont des traitements longs et laborieux qui ne donnent des résultats qu'à la longue et qui exigent de la part des malades une grande patience. En tout cas, un malade guéri ne devient un centre de propagande que pour le seul traitement spécial qu'il a reçu, contre la maladie particulière dont il était atteint; il ne deviendra jamais un centre de propagande pour l'hygiène en général.

L'œuvre médicale accomplie représentait une somme de travail considérable. Mais le développement presque exclusif de la médecine curative et la façon de concevoir les services médicaux comme les autres services administratifs, les chemins de fer ou les postes par exemple, où l'on attend que les clients viennent d'eux-mêmes, où l'on ne s'occupe d'eux que lorsqu'ils se présentent, donnent les résultats qu'il est facile de prévoir : les malades s'amènent selon leurs caprices et leurs moyens, et s'en vont de même; ils arrivent souvent dans un état de gravité qui dépasse les ressources de la thérapeutique, ou bien s'en vont avant la véritable guérison sans qu'on ait la possibilité de les suivre et de les surveiller.

De toute façon, le programme d'organisation de la médecine curative ne saurait jamais être développé suffisamment pour répondre aux besoins de tous les mala-

des indigents. Les chiffres fournis par Monsieur HOANG MONG LUONG, chef de l'Assistance Médicale du Centre-Vietnam, dans son rapport de fin d'année 1948, sont éloquentes; en un an, les dépenses se sont élevées à 3.319.288 piastres, tandis que les recettes n'ont été que de 108.755 piastres. « La tendance humaine à soulager les souffrances et la façon d'envisager les problèmes sanitaires sous un angle clinique, aboutissent au développement de programmes curatifs que l'on pourrait étendre jusqu'à l'absorption de la totalité du budget national, sans pour cela atteindre leurs objectifs. *On ne peut fonder d'espoirs en une hygiène publique compatible avec les nécessités budgétaires que si le système employé repose sur l'adoption par la population d'habitudes de vie plus saines* » (Docteur C.-E. TURNER).

Ainsi, à côté de la médecine curative, *il faudra attacher une grande importance au développement de la médecine préventive et surtout de la propagande de l'hygiène parmi la population.*

A ce point de vue, *il existe deux ordres de mesures à prendre :*

1° *Faire des centres hospitaliers de véritables centres de rayonnement d'une action médicale intensive et largement diffusée dans la masse;*

2° *Organiser un service spécialisé dans la propagande de l'hygiène.*

Pour que les hôpitaux soient plus accessibles à la population, surtout à la population rurale, pour que les malades aient la possibilité de venir se faire examiner et soigner dès le début de leur affection, *il faut décentraliser.* On préférera à la construction d'un grand hôpital au chef-lieu de province, la création de plusieurs petits hôpitaux dans les circonscriptions (phu

et huyên). De cette manière, on commencera déjà l'application d'un des principes de la médecine préventive : *aller au malade et ne pas attendre qu'il vienne à nous*. On aura beaucoup plus de chance d'examiner les malades récemment contaminés dont le traitement sera à la fois plus efficace et moins coûteux. Les épidémies seront décelées plus précocement, ce qui permettra de les circonscrire rapidement par des mesures prophylactiques appropriées.

Dans ces hôpitaux décentralisés, à la portée d'une plus grande fraction de la population, on pourra organiser sur une échelle intéressante des consultations préventives pour tous ceux-là qui se soupçonnent atteints d'une affection quelconque, et même pour les sujets bien portants. On s'efforcera, en particulier, de faire prendre les habitudes des consultations prénatales, ce qui permettra de réduire les cas de dystocies, de déceler les cas de syphilis latentes ou ignorées, de les traiter et d'abaisser la morti-infantilité.

Le remplacement du système de l'hôpital unique du chef-lieu de province par celui de multiples hôpitaux répartis dans les circonscriptions est financièrement possible, en observant certaines mesures. On ne construira plus de grands bâtiments hospitaliers dans les chefs-lieux; dans ces centres urbains, il existe toujours des consultations et des cliniques privées que les citadins aisés fréquentent à moins qu'ils ne préfèrent se faire soigner à domicile; à ce point de vue, on peut même dire que les établissements hospitaliers sont moins nécessaires à la ville qu'à la campagne, où jusqu'à présent aucun médecin praticien ne s'est encore installé.

Les multiples hôpitaux seront conçus sur un petit modèle simplifié. Il suffira que chaque hôpital comporte une consultation, un dépôt de pharmacie, une maternité et quelques pavillons pour l'isolement des malades con-

tagieux ou très gravement atteints. On pourra même, si les nécessités budgétaires l'exigent, se contenter de constructions très simples en torchis et en paillote, pourvu qu'on y entretienne la propreté voulue. Cette simplicité aura, outre son économie, l'avantage de mettre le malade à l'aise, de lui rendre l'atmosphère de l'hôpital plus familière, la vie de l'hôpital moins pénible. Cet avantage psychologique n'est pas négligeable; aux Indes Néerlandaises, on y attache une importance spéciale, les postes médicaux ruraux sont installés dans des paillotes louées à des particuliers et choisies exprès parmi les plus modestes.

Le personnel médical de chaque hôpital sera réduit à son strict minimum. Point n'est besoin d'entretenir, même aux chefs-lieux, des services au complet pour toutes les spécialités. Pour que le système atteigne son maximum d'efficacité, *les hôpitaux d'une région et le personnel médical y afférent seront spécialisés dans la lutte contre la ou les maladies endémiques qui prédominent dans cette région.*

Ainsi, dans les provinces du delta tonkinois où prédomine le trachome, les hôpitaux seront surtout organisés en vue de la lutte contre le trachome, et le personnel sera spécialement entraîné en vue de ce travail. Dans les régions à hyperendémie palustre, l'organisation sera surtout adaptée à la lutte antimalarienne.

Le seul service dont l'installation dans ces hôpitaux simplifiés ne saurait être envisagée et qu'il faudra centraliser, c'est le service de chirurgie qui exige un équipement perfectionné et compliqué, et un personnel nombreux et spécialisé. Ici, la centralisation présente des avantages économiques et techniques. Un service de chirurgie installé dans chaque province coûterait trop cher, et les rares interventions chirurgicales qu'on y pratiquerait ne justifieraient pas une telle dépense. De plus, il serait difficile, voire impossible, de disposer

dans chaque province du personnel et de l'instrumentation chirurgicaux voulus. *Il sera préférable de centraliser dans les principaux centres de Hanoï, Huê, Saïgon, les installations chirurgicales. Les avions sanitaires permettront d'y évacuer rapidement les malades à opérer.*

Aux hôpitaux des circonscriptions seront subordonnés des postes médicaux ruraux spécialement entraînés aussi dans la lutte contre la ou les maladies endémiques les plus fréquentes des régions correspondantes. Le contrôle de ces postes ruraux par le médecin de la circonscription sera plus facile et plus efficace que dans l'ancien système de l'hôpital unique du chef-lieu de province.

A cette organisation de médecine curative largement décentralisée pour en multiplier les surfaces de contact avec la population, on devra superposer une organisation spécialisée dans la propagande et la surveillance de l'hygiène rurale et qui complétera l'action des hôpitaux et la rendra plus économique et plus fructueuse.

L'œuvre d'hygiène rurale intensive entreprise avec succès aux Indes Néerlandaises prouve qu'une telle conception est réalisable. L'idée base qui a présidé à cette expérience concluante résulte de la constatation des faibles résultats obtenus après de longues années de développement exclusif de la médecine curative. *Pour arriver à une réelle amélioration de l'état sanitaire d'un pays, il est indispensable d'éveiller l'intérêt actif de la population, et d'obtenir sa collaboration effective.* « Faire quelque chose pour la population est souvent aisé mais coûte cher et ne donne que des résultats temporaires. Lui montrer comment elle doit s'y prendre pour faire quelque chose pour elle demande un peu plus de temps mais coûte relativement moins cher et les résultats sont plus durables. En outre, par ce der-

nier procédé, la force morale des gens est relevée, tandis que par le premier elle est affaiblie » (HYDRICK, conseiller pour l'organisation de l'hygiène auprès du Service de la Santé Publique des Indes Néerlandaises).

La propagande et l'éducation doivent jouer un rôle primordial. *Le but est de faire prendre à la population des habitudes d'hygiène, de créer dans les mœurs de véritables routines hygiéniques.* Il faudra avoir présent à l'esprit que les mesures d'hygiène qu'on se propose d'enseigner à la population, pour avoir des chances d'être observées, doivent être applicables facilement et sans entraîner des dépenses en disproportion avec leur utilité et avec la modestie des revenus des habitants. Il faudra donc étudier minutieusement les mesures les plus simples, les plus économiques et les plus efficaces à proposer aux gens. Ainsi, si l'on veut répandre l'usage du moustiquaire, il faudra au préalable résoudre la question de sa fabrication et de sa vente à bon marché.

D'aucuns pensent que la propagande et l'éducation constituent une tâche trop délicate et trop difficile, qu'elles exigent une trop grande continuité d'efforts et ne donnent des résultats qu'à force de patience et de persévérance, ils préconisent la méthode de la coercition. Ils soutiennent que pour faire observer les règles d'hygiène, il suffit d'édicter un ensemble de lois suffisamment complet et prévoir des peines pour ceux qui les enfreignent. De telles lois existent; ainsi dans les villes il est défendu de jeter les ordures dans les rues, et dans certaines villes il est défendu de cracher dans les lieux publics, sous peine d'amendes ou d'emprisonnement. Mais si en ce qui concerne la propreté publique, on peut prévoir un certain nombre de lois, l'hygiène individuelle échappe entièrement au législateur. S'il est possible dans les villes de maintenir la propreté des rues en infligeant une amende à ceux qui y déchargent les ordures, on ne saurait, par des lois,

obliger les gens à faire bouillir leur eau de boisson. De même, il ne saurait être question de punir le tuberculeux qui essaimé des bacilles autour de lui ou sa famille qui le garde chez elle et ne prend pas les mesures nécessaires pour se défendre contre la contagion.

Les quelques lois relatives à l'hygiène, applicables aux villes ne le sont plus à la campagne. L'exemple qu'on cite le plus souvent c'est l'usage des latrines; il est possible, par la coercition, d'obliger les gens à construire des latrines; mais ces mêmes mesures de force sont inefficaces pour les obliger à s'en servir et à ne plus souiller les eaux des rivières et des mares et le sol des jardins potagers. Une police sanitaire même très développée serait inefficace à contrôler et à obtenir l'observance des règlements d'hygiène qu'on aurait décrétés; elle ne donnerait lieu qu'à des abus de la part des agents d'exécution de la loi, vexerait inutilement la population et provoquerait sa résistance passive. L'œuvre d'hygiène entreprise dans les intérêts de la population serait interprétée par elle comme un ensemble de mesures pour lui compliquer la vie. Et toute chance de progrès hygiéniques serait perdue.

Ainsi, il faudra commencer le travail d'hygiène rurale par la propagande et l'éducation. Ce n'est que lorsque l'opinion publique est acquise à l'adoption des nouvelles habitudes et que celles-ci deviennent communes à la majorité des habitants d'une région, qu'on pourra utilement prendre quelques mesures de coercition pour protéger la masse de la population contre les irrégularités du petit nombre de récalcitrants.

La propagande et l'éducation de l'hygiène dans la masse doivent être conduites par un service spécialisé. C'est la conclusion à laquelle ont abouti les hygiénistes des Indes Néerlandaises après de longues années d'expérience. C'est aussi la thèse adoptée par la Conférence intergouvernementale des pays d'Extrême-Orient sur

l'hygiène rurale, réunie à Bandoeng (Java) du 3 au 13 août 1937.

En effet, l'esprit et les méthodes de la médecine curative et de la médecine préventive ne sont pas identiques. Le médecin qui a été formé pour le travail clinique ou la pratique privée, s'exerce principalement à faire le diagnostic différentiel des maladies, à reconnaître leurs signes pathognomoniques et s'intéresse surtout aux procédés thérapeutiques. S'il fait appel à ses connaissances psychologiques, c'est pour les appliquer à ses malades pris en tant qu'individus.

Le médecin spécialiste en matière d'hygiène s'intéresse surtout à l'épidémiologie, l'assainissement, l'immunologie, la statistique et à d'autres sujets analogues. Son activité s'exerce non pas sur l'individu, mais sur le groupe, la population d'un village, d'un canton, d'une ville, d'une province ou d'une région plus vaste. Ses méthodes psychologiques s'appliquent à des groupements humains étendus et non à des individus pris en particulier.

D'autre part, si l'on ne sépare pas le travail d'hygiène du travail de médecine curative et qu'un même médecin s'occupe à la fois de ces deux tâches, il aura toujours tendance à ne s'occuper que du traitement de ses malades et à négliger le travail d'hygiène. Aux Indes Néerlandaises, ces deux organisations sont bien distinctes; le travail conduit dans de nombreuses régions rurales de Java comprend des efforts précis destinés à donner de l'importance à l'hygiène et aux mesures préventives. Le personnel des « unités de santé » ne s'occupe que d'hygiène et de médecine préventive et n'assure aucun travail curatif.

En tout cas, *s'il n'est pas nécessaire de créer deux ministères distincts de l'Assistance Médicale et de l'Hygiène, il faudra toujours s'efforcer de séparer ces deux*

organisations à l'échelon exécution, surtout à l'échelon des circonscriptions. Une collaboration étroite sera établie entre les deux services et permettra d'augmenter l'efficacité de leurs actions respectives. Les hygiénistes s'occuperont du dépistage des maladies et dirigeront sur les hôpitaux les malades pris dès le début de leur affection; ils relanceront les malades irréguliers. L'action curative des médecins des hôpitaux sera ainsi plus efficace. Ces derniers, en isolant les malades contagieux, en décelant par des examens cliniques et des examens de laboratoire les cas de maladies épidémiques, faciliteront le travail préventif des hygiénistes.

Le personnel du service d'hygiène et de médecine préventive devra être soigneusement sélectionné et entraîné. Pour remplir cette tâche sociale délicate entre toutes, des qualités particulières sont requises : une grande résistance physique, l'amour de l'action sociale, beaucoup d'ordre et de méthode, beaucoup de patience et de persévérance, du doigté et du tact avec un certain don de la parole. Car la vie de l'hygiéniste est une vie fatigante de déplacements continuels; son travail d'apparence fastidieuse n'est efficace qu'au prix d'efforts méthodiques, réguliers, soutenus sans défaillance pendant longtemps; il a surtout affaire à des paysans simples d'esprit, peu cultivés, parfois très susceptibles, à qui il faut répéter plusieurs fois la même chose et l'expliquer longuement avant d'arriver à la faire comprendre.

Jusqu'à présent, dans le programme scolaire des facultés de médecine, l'enseignement de l'hygiène ne fait l'objet que d'un simple cours semestriel vers la fin de la scolarité, en cinquième année. Il serait souhaitable de développer cette partie du programme et de *faire suivre des stages d'hygiène pratique aux futurs hygiénistes.* Au cours de ces stages qui seront effectués moitié du temps dans les laboratoires, moitié du temps dans des centres d'hygiène modèles, les étudiants seront

entraînés aux techniques d'enquêtes sanitaires et épidémiologiques, de propagande d'hygiène, de lutte contre les maladies épidémiques et endémiques et d'organisation médicale rurale. A Batavia, le Gouvernement Néerlandais a créé un tel centre d'hygiène modèle qui fut confié au Bureau de la Division d'Education Hygienne pour servir de centre de stage aux étudiants.

La formation des cadres subalternes, visiteurs d'hygiène ou surveillants sanitaires, revêt une importance tout aussi grande que celle des médecins hygiénistes. On doit y apporter les plus grands soins, surtout leur apprendre les moindres détails des techniques d'enquête et de propagande, la manière de procéder à un recensement de la population, de tracer des courbes de statistiques, de remplir une fiche d'enquête sanitaire, d'aborder les paysans, de conduire un interrogatoire, etc. Car ce sont ces surveillants sanitaires qui sont en contact direct et continu avec la population. C'est de la conscience et de l'habileté avec lesquelles ils s'acquittent de leur travail que dépendra le succès de l'œuvre d'hygiène entreprise.

Il fut créé à Poerwokerto (Java) une école spéciale pour les visiteurs d'hygiène. L'enseignement consiste en un cours de dix-huit mois dont neuf sont consacrés à des études théoriques à l'école et neuf à un stage pratique dans les villages sous la direction du médecin hygiéniste et des visiteurs d'hygiène éprouvés. La même méthode a été appliquée dans les plantations des Terres Rouges, par le Docteur CANET, pour former des infirmiers ruraux; elle a donné des résultats satisfaisants.

Le visiteur d'hygiène n'apprendra ni à diagnostiquer les maladies, ni à soigner et à traiter les malades. Si, au cours de ses visites, il apprend ou il constate qu'un villageois est malade, son devoir est de le diriger sur l'hôpital ou le dispensaire le plus proche où se feront le diagnostic et le traitement.

Le programme des études portera sur les notions élémentaires d'anatomie, de physiologie, de bactériologie, de parasitologie, d'épidémiologie, et surtout sur les modes de transmission des maladies, leur prophylaxie, sur l'hygiène, l'hygiène personnelle, l'hygiène publique, l'hygiène de l'habitation, de l'alimentation, de la boisson, etc., et sur l'organisation des hôpitaux, cliniques et dispensaires. Le visiteur d'hygiène pourra apprendre, en outre, le rôle des médicaments et les dangers de leur mauvais usage, sans aucun enseignement de la thérapeutique, ainsi que les premiers soins à donner aux malades, blessés et intoxiqués.

Il est préférable de ne pas recruter ces surveillants sanitaires ou visiteurs d'hygiène parmi les infirmiers des hôpitaux, parce que leur travail réglé à l'heure et simplifié jusqu'à devenir automatique (faire l'appel des malades, leur distribuer des médicaments, faire des injections et des pansements), sous la surveillance quotidienne du médecin, leur a fait perdre l'esprit d'initiative et le dynamisme nécessaires au visiteur d'hygiène dont le champ d'action s'étend sur un ou plusieurs villages, et dont le travail n'est contrôlé que périodiquement par le médecin hygiéniste. D'autre part, les infirmiers des hôpitaux, de par leur formation, auront toujours tendance à s'occuper du traitement des malades, à faire de la clientèle et à négliger la médecine préventive.

Les instituteurs de village pourront faire d'excellents surveillants sanitaires. Ils ont l'instruction voulue, connaissent bien le village, sont respectés et aimés des habitants; leur formation professionnelle en fait des hommes désintéressés et enclins à l'action sociale; ils sont restés en contact étroit avec les paysans, ont conservé les habitudes de vie simples et le parler naturel de la campagne; avec eux, les villageois se sentiront plus à l'aise et s'ouvriront davantage pour faire des confidences ou poser des questions, alors qu'avec d'au-

tres ils se montreraient peut-être plus réservés, de crainte qu'on ne juge leurs questions et leurs confidences saugrenues. De plus, les instituteurs ont l'habitude de la parole.

Il y aura avantage à recruter les surveillants sanitaires parmi eux. Ceux qui en ont la vocation recevront l'éducation sanitaire nécessaire puis seront renvoyés dans leur village où en plus de leur nouveau rôle ils pourront continuer à enseigner dans les écoles; mais alors ils seront spécialisés dans l'enseignement de l'hygiène.

Il est bien entendu que tous les instituteurs, étant donné leur rôle d'éducateur et leur grande influence sur l'enfance et la jeunesse, pourront apporter une collaboration précieuse à l'œuvre de la propagande de l'hygiène et devront recevoir en conséquence une éducation hygiénique suffisante.

Le programme d'action du service d'hygiène et de médecine préventive dans une région donnée comprendra :

1° — L'étude détaillée et suivie de la situation sanitaire de cette région : nombre d'habitants, leur répartition, leurs modes de vie, métiers qu'ils exercent, taux de la natalité et de la mortalité, conditions générales des habitations et de leurs environs, eau de boisson et alimentation, maladies épidémiques et endémiques observées, taux de morbidité relatif à chaque affection, etc. Chaque aspect de la vie des habitants intéressant de près ou de loin l'hygiène fera l'objet de rapports périodiques et de statistiques soigneusement tenues à jour. Ces études précises guideront et faciliteront le travail prophylactique, de même qu'elles permettront d'adapter l'organisation médicale curative aux besoins particuliers de la région; le médecin sera à même de suivre et de juger les progrès réalisés dans le domaine sanitaire et de modifier de tactique s'il y a lieu.

2° — L'élaboration d'un plan d'action hygiénique méthodique pour chaque région : amélioration de l'eau de boisson, propagande pour une alimentation plus rationnelle, destruction des mouches, lutte antimalarienne, prophylaxie du trachome, campagne contre la pollution des eaux et du sol pour la construction des latrines, etc... Ce plan d'action variera suivant les régions et l'ordre d'importance et d'urgence des mesures à prendre.

3° — La mise en œuvre des méthodes prophylactiques appropriées à chaque région pour lutter contre les fléaux épidémiques ou endémiques qui lui sont particuliers. Les affections endémiques qui sévissent au Vietnam avec le maximum d'intensité et d'étendue sont : le paludisme, l'helminthiase, l'amibiase, le trachome puis la tuberculose et la syphilis. Les épidémies les plus fréquentes sont les épidémies de choléra et de variole.

4° — La propagande hygiénique proprement dite.

Cette propagande était presque inexistante. La médecine moderne n'affirmait sa présence au Vietnam que par les hôpitaux fonctionnant aux chefs-lieux de province et les pharmacies privées commerçant dans les gros centres urbains.

La propagande médicale était monopolisée par les médocastres et les pharmaciens de la médecine traditionnelle sino-annamite. Ils orchestraient fort bien leur publicité et mettaient en œuvre les moyens les plus divers. La grande presse d'information et d'opinion était remplie de leurs réclames : médecins sino-annamites versés dans la philosophie Inn Yang et mûris par une longue pratique, guérisseurs en possession de recettes secrètes transmises par plusieurs générations, médecins traditionnalistes initiés à la médecine occidentale et combinant les ressources des deux sciences,

remèdes miraculeux guérissant la blennorrhagie en vingt-quatre heures et la syphilis en une semaine, etc. De grandes colonnes étaient occupées par ces réclames qui se présentaient sous les formes les plus variées et continuellement modifiées pour mieux frapper l'attention des lecteurs. La prose simpliste mais convaincante donnant la description des signes cliniques banaux, courbature, insomnie, perte d'appétit, etc., où les malades ignorants et impressionnables reconnaissent facilement leur cas particulier, les vers pittoresques et persuasifs de cette littérature étaient souvent accompagnés de planches anatomiques et de figures bactériologiques ou histologiques tirées des livres de médecine moderne pour rehausser cette propagande du prestige de la science.

Certaines de ces réclames sont devenues très célèbres. La maison « Ong Tiên » (Le Génie Bienfaiteur) spécialisée dans la fabrication des toniques, faisait insérer dans tous les quotidiens et hebdomadaires une nouvelle anecdote par jour avec dessins à l'appui, pour chanter les vertus tonifiantes des pilules « cuu long hoan » (Les neuf dragons). Elle organisait souvent des concours de réclame pour ses pilules. Actuellement, « Le Génie Bienfaiteur » a repris son commerce et sa publicité.

A côté de cette réclame dans les quotidiens et les hebdomadaires d'information et d'opinion, à laquelle se prêtaient les journaux les plus sérieux, les médecins disposaient de revues médicales leur appartenant en propre. Ils savaient fort bien exploiter la propagande par affiches, prospectus et brochures. La maison « Nhi Thiên Duong » (Le Second Paradis) qui avait des succursales dans toutes les provinces d'Indochine, publiait tous les ans un catalogue de ses produits pharmaceutiques avec indication des procédés de fabrication, propriétés pharmacodynamiques, modes d'emploi, lettres de clients attestant la valeur des spé-

cialités de la maison et la remerciant des guérisons obtenues; ces catalogues annuels très bien présentés étaient illustrés d'anecdotes amusantes et de romans policiers ou d'amour qui étaient fort lus.

A l'entrée de tous les centres urbains tant soit peu importants, on remarquait d'immenses pancartes peinturlurées rappelant aux voyageurs que les maisons « Dai Quang » (Grande Lumière), « Ong Tiên » (Le Génie Bienfaiteur), « Con Hô » (Le Tigre), etc., avaient leurs médicaments répandus dans tout le pays. Cette propagande gagnait jusqu'aux villages les plus éloignés où les spécialités de ces maisons présentées sous forme de petits flacons d'élixirs, de collyres, de petites boîtes de pommades, d'onguents, se vendaient couramment dans les boutiques d'épiciers, à côté des denrées alimentaires, des boîtes d'allumettes, des bâtonnets d'encens, etc., à un prix de revient vraiment à la portée de tout le monde.

Dans les trains, les autobus, circulaient des commis voyageurs de ces maisons; ils haranguaient la foule, souvent avec une belle éloquence persuasive, décrivaient les symptômes affligeants des maladies que leurs médicaments juguleraient rapidement et faisaient des ventes réclames à un prix deux ou trois fois moins cher que le prix normal; les spécialités ainsi vendues à bon marché étaient accompagnées de cadeaux au choix des clients, miroirs, peignes, jouets d'enfants, romans, etc.

Ces harangueurs allaient aussi de ville en ville, accompagnés de troupes de cirque ou de chanteurs ambulants; la foule leur réservait un accueil favorable. La publicité par disques et pick-up était largement employée. Le soir, devantures et vitrines bien illuminées, les pharmacies sino-annamites faisaient marcher leurs phonographes dont les ondes sonores étaient amplifiées par des hauts-parleurs ouvrant leurs pavillons dans les rues. Les promeneurs s'arrêtaient et entre

deux chansons écoutaient les dialogues entre malades et médecins composés pour vanter les vertus curatives des produits de la maison.

A côté de cette propagande intensive menée en toute liberté par les médicastres et les charlatans, la médecine moderne ne faisait presque aucun effort pour se faire connaître de la masse et la gagner à sa cause.

La raison principale de cette faible expansion de la médecine moderne dans la population résidait dans l'absence au sein des services de l'Assistance Médicale d'un bureau spécialisé dans la propagande de la médecine et de l'hygiène. C'était également dû au peu de dynamisme des médecins vietnamiens et à leur indifférence vis-à-vis des problèmes sociaux. A la sortie de l'Université, ceux qui entraient dans l'Assistance Publique se comportaient comme de simples fonctionnaires, et en dehors des heures de service passées dans les hôpitaux, n'entretenaient aucun travail pour développer l'influence médicale; ceux qui s'installaient comme praticiens ne s'occupaient que de leurs cliniques ou de leurs cabinets de consultation.

Les médecins vietnamiens vivaient isolés, ne se communiquaient pas leurs observations cliniques, ne poursuivaient aucune recherche du moins en commun. La presse médicale vietnamienne était pour ainsi dire inexistante. L'une des conséquences de cette inactivité était la déficience du vocabulaire médical vietnamien pour exprimer même des choses parfois très simples relatives à la médecine moderne. Alors que les médicastres sino-annamites manient avec aisance un vocabulaire riche et paré d'expressions savantes tirées de la langue chinoise (qui est au vietnamien ce que le latin est au français) et qui impressionnent les malades, les médecins sortis de l'Université ont souvent bien du mal à s'expliquer aux leurs.

La seule revue médicale, le « Bao an y bao » (La

Revue Médicale de la Sécurité), revue de vulgarisation tenue par les Docteurs LUYÊN et CHUONG qui en étaient les seuls rédacteurs, éditée en 1932, a dû cessé de paraître au bout d'un an, faute de collaborateurs et de lecteurs.

Les œuvres de médecine moderne rédigées en langue vietnamienne n'existaient pas non plus. Les auteurs étrangers n'étaient pas traduits. Les manuels de puériculture publiés par les Docteurs LUYÊN et CHUONG constituaient la bien maigre littérature médicale moderne en langue vietnamienne. Pourtant, le succès réel obtenu par ces manuels aurait dû encourager d'autres initiatives de ce genre.

En 1942, se dessina un mouvement social dont le mot d'ordre était d'aller à la masse. Les professeurs de la Faculté de Médecine de Hanoï encourageaient la jeunesse dans cette voie nouvelle. Les étudiants fondèrent au sein de l'A. G. E. I. (Association Générale des Etudiants Indochinois), une section de « propagande de l'hygiène et de la médecine moderne » (Truyện ba vê sinh va tân y hoc), De petits fascicules sur les maladies les plus communes, tuberculose, fièvre typhoïde, rage, etc., sur leur prophylaxie, leur traitement, rédigés en langue vietnamienne, commencèrent à être distribués dans les villages des environs de Hanoï. Plusieurs causeries médicales furent organisées à Hanoï par les médecins et les étudiants en médecine.

Vers la même époque, s'ébaucha un mouvement intellectuel pour le retour aux études classiques, aux « humanités extrême-orientales » et pour la défense et le développement de la langue vietnamienne. Le Docteur LUYÊN avait commencé la rédaction d'un dictionnaire médical vietnamien qu'il publiait au fur et à mesure dans son quotidien d'information, le « Tin Moï » (Les Nouvelles Informations). Les Docteurs

PHAM KHAC QUANG et LÊ KHAC THIÊN traduisirent le Vocabulaire Médical de Gartner.

Mais survinrent les troubles politiques et ce mouvement médico-social naissant n'ayant pu encore s'organiser solidement tourna court.

Toutefois, cette expérience de brève durée et tentée sur une petite échelle, était des plus encourageantes. Elle rallia la sympathie des milieux intellectuels et la population rurale des environs de Hanoï l'accueillit avec faveur.

La propagande de l'hygiène et de la médecine moderne doit être organisée d'une manière méthodique, avec des moyens convenables et selon un plan d'ensemble cohérent. Le ministère de la santé publique doit s'en charger. Le travail entrepris par l'Etat aura toujours l'avantage d'être régulier, réglé, et de pouvoir prendre d'emblée une certaine ampleur. Les médecins, les associations d'hygiène, les organisations de jeunesse pourront alors apporter une collaboration utile par leurs initiatives privées. Mais il est nécessaire, du moins pour le début, qu'à la base du mouvement existe une solide organisation d'Etat.

Cette propagande se fera par :

1° — Les moyens utilisés dans toute propagande : articles insérés dans la grande presse d'information, revues spéciales, tracts, prospectus, brochures, affiches, conférences, projections lumineuses, cinéma, disques, émissions radiophoniques, démonstrations pratiques avec des appareils scientifiques courants, loupes, microscopes, etc.

2° — Les visites à domicile par infirmières visiteuses ou surveillants sanitaires. Ce système a fait ses preuves dans beaucoup de pays d'Amérique et d'Europe, ainsi qu'aux Indes Néerlandaises où il a été appliqué sur une grande échelle.

3° — Les réalisations pratiques : construction de villages modèles, de maisons modèles, de puits modèles, etc.

4° — L'éducation qui est de la propagande en profondeur, de longue haleine et dont l'action s'exerce par une lente imprégnation.

Cette éducation comporte l'éducation dans les écoles et l'éducation en dehors des écoles.

L'éducation dans les écoles, c'est surtout l'éducation des enfants. Jusqu'ici, l'hygiène n'occupe qu'une place secondaire dans les programmes scolaires et fait figure de parent pauvre à côté des autres matières. Les maîtres ainsi que les élèves y attachent peu d'importance. Pourtant, les connaissances les plus précieuses qu'un élève puisse retirer de ses études sont incontestablement les connaissances hygiéniques qui lui apprennent à régler sa vie, son alimentation, son activité physique, à organiser sa maison, à se préserver des maladies, à conserver et à développer sa santé.

Il est nécessaire de réserver dans les programmes scolaires une place de choix à l'enseignement de l'hygiène et de la médecine préventive. Dans les classes primaires, on s'attachera surtout à faire acquérir à l'enfant l'amour de la propreté, de l'ordre, du soin, de l'exercice physique, et à contracter de bonnes habitudes hygiéniques. Il faudra lui inculquer une haute idée du prix de la santé, de la vigueur physique et de la lucidité intellectuelle. On lui apprendra à se laver les mains, à se rincer la bouche, à se brosser les dents, à se peigner les cheveux, etc. Tous les jours, matin et soir, à l'entrée des classes, il sera bon de consacrer une dizaine de minutes à l'examen de la propreté et de la bonne tenue de chaque élève. Au début, cet examen sera fait par le maître; quand les élèves en auront pris l'habitude, les camarades de pupitre pourront s'exami-

ner réciproquement. Il faut apporter le plus grand sérieux à la surveillance de la propreté des élèves; il faut faire de telle sorte qu'ils aient honte d'être trouvés malpropres et leur faire prendre l'habitude d'aviser leur maître chaque fois qu'ils se sentent indisposés, présentent une conjonctivite ou des lésions cutanées, gale, eczéma, etc... Le maître les signalera au surveillant sanitaire qui se chargera de les conduire au dispensaire ou à l'hôpital le plus proche.

Comme exercices d'hygiène, on pourra établir entre élèves un tour de service pour le maintien de la propreté de la classe, des bancs, des pupitres, pour le repérage des émergences d'eaux dans les environs de l'école, pour leur comblement ou leur pétrolage, pour le filtrage de l'eau de boisson et pour son bouillage, etc. On leur apprendra à asperger le plancher d'eau avant de le balayer, à essuyer les meubles avec une serviette humide, à confectionner des brosse à dents très simples en écorce de noix de coco (procédé employé aux Indes Néerlandaises), des couvre-nappes en rotin ou en bambon tressé, etc., à tirer le meilleur parti des matériaux trouvés sur place facilement et à bon marché pour la fabrication des objets utiles à l'entretien de l'hygiène individuelle ou publique.

L'enseignement de l'hygiène sera confié au surveillant sanitaire; les autres instituteurs se chargeront du contrôle sanitaire quotidien de l'école.

Le travail d'hygiène dans les écoles est très important. « Mais on devra tenir compte pour en fixer les détails du fait que, mené isolément, il ne donne que de très mauvais résultats. Le travail à l'école doit être combiné avec le travail intensif dans le village, afin qu'enfants et parents reçoivent en même temps l'éducation hygiénique et pour que les parents aident les enfants à appliquer à la maison ce qu'ils ont appris à l'école. Le travail d'hygiène doit atteindre l'enfant à

la maison comme à l'école, et doit avoir un caractère pratique » (HYDRICK).

Le travail d'hygiène à des enfants est très attrayant mais souvent on lui donne trop d'importance et on le surestime en vertu de l'adage que « l'enfant d'aujourd'hui est l'adulte de demain ». Mais l'enfant d'aujourd'hui est sous la surveillance de ses parents et quoiqu'on lui enseigne au sujet des habitudes d'hygiène, il ne pourra mettre en pratique les connaissances acquises que s'il trouve à la maison la collaboration et l'appui de ses parents.

ANDRESS et BRAGG disent de même : « L'école, si elle est convenablement dirigée, doit s'occuper de la santé des enfants pendant tout le temps qu'ils sont à l'école, mais l'enseignement scolaire est inutile si la famille ne collabore pas avec l'école ». A.-M. PHELAN exprime la même opinion : « Le succès des programmes d'hygiène scolaire dépend de la collaboration des familles, car c'est à la maison que la plupart des habitudes hygiéniques enseignées à l'école devront être mises en pratique ».

La collaboration entre la famille et l'école est d'autant plus nécessaire que « dépister chez un enfant les symptômes d'une maladie transmissible, ce n'est là qu'une partie de la tâche. La faute qui est d'avoir envoyé à l'école cet enfant dangereux pour lui-même et pour les autres doit être corrigée. Cela ne peut se faire que dans la famille. Un programme d'hygiène scolaire conduit comme un effort limité et isolé est voué à l'échec » (GUDAKUNST; programme d'hygiène scolaire et action éducative — *American Journal of Public Health*).

Ainsi, il est nécessaire de mener concurremment avec l'éducation hygiénique des enfants, celle des parents, et d'une façon générale de tous les adultes. Cette éducation peut se faire tout d'abord par des cours d'enseignement populaire, cours du soir, cause-

ries les jours de congé. Le surveillant sanitaire chargé de l'enseignement d'hygiène des enfants s'occupera en même temps de la partie hygiénique de cet enseignement populaire qui pourra être donné dans les bâtiments de l'école elle-même aux heures de repos des enfants.

Le surveillant d'hygiène exercera d'autre part une action particulière sur chaque famille par le système des visites à domicile au cours desquelles il se tiendra au courant de l'état de santé de chaque personne, et apprendra aux gens à bien tenir leur maison, à améliorer leur régime alimentaire, à observer les règles d'hygiène pour éviter la transmission des maladies contagieuses.

Le système du surveillant sanitaire s'occupant à la fois de l'enseignement d'hygiène des élèves et des grandes personnes du village présente l'avantage de créer un précieux agent de liaison entre l'école et la famille. Quand enfants et parents s'intéressent également à l'œuvre d'hygiène entreprise dans leur village, que la collaboration entre la famille et l'école est réelle et effective, on peut affirmer que le succès sera certain et que l'état sanitaire général s'améliorera rapidement.

L'action médicale ainsi envisagée, basée sur le développement simultané de la médecine curative et de la médecine préventive et sur l'éducation hygiénique de la masse, devra être complétée par une réglementation judicieuse de l'exercice de la profession médicale et pharmaceutique.

Nous touchons ici à une question délicate qui a été très souvent débattue, mais qui n'a pas été encore résolue d'une manière satisfaisante. Un arrêté du Gouverneur Général paru en 1932, portait réglementation de l'exercice de la médecine sino-annamite, en obligeant les praticiens de cette médecine à produire au moment

de s'installer, un certificat attestant qu'ils ont accompli une certaine période de stage chez un médecin ou un pharmacien sino-annamite déjà installé. C'est assez peu précis comme réglementation; de plus, c'est reconnaître par là même le droit d'exercer aux médecastres, et ce qui est plus grave, leur reconnaître le droit d'enseigner et de délivrer des certificats ayant une valeur officielle. Une telle réglementation équivaut à conférer à la médecine traditionnelle inorganisée surtout au point de vue de l'enseignement et dont la valeur empirique est souvent bien douteuse, la même valeur qu'à la médecine moderne. C'est léser les intérêts des médecins et des pharmaciens formés à l'Université qui seuls méritent leurs titres, et c'est en même temps légaliser l'exploitation du public par les charlatans.

Les difficultés du problème étaient multiples. Le nombre de médecins formés à l'Ecole de Médecine de Hanoï était insuffisant, tandis que les médecastres étaient très nombreux; le public accordait encore beaucoup de crédit à la médecine traditionnelle; le commerce des produits pharmaceutiques chinois était fort important.

Il est certain que tant que le nombre du personnel médical initié à la médecine moderne restera encore insuffisant, il ne sera pas du tout question de défendre aux malades de s'adresser aux guérisseurs pour obtenir le soulagement du moins moral de leurs souffrances, ne serait-ce que par le fait de se sentir soignés. Mais d'ores et déjà, on peut envisager une réglementation plus sévère de l'exercice de la profession médicale et pharmaceutique. Cette réglementation, qui pourra commencer par l'interdiction de toute publicité de la part des médecastres, et qui tendra à les éliminer de plus en plus de l'activité médicale, devra être précédée des mesures préliminaires suivantes : afin d'éviter la critique que ne manqueront pas de faire certains milieux et qui consisterait à dire que la médecine sino-anna-

mite a du bon, et que les autorités n'en interdisent l'exercice que pour protéger les intérêts matériels des médecins et des pharmaciens modernes, il y aura avantage à *organiser, au sein de l'Université, une section spéciale pour l'étude de l'histoire de la médecine et particulièrement de la médecine sino-annamite; en même temps, il y aura lieu d'analyser et d'expérimenter les produits employés dans la pharmacopée chinoise et d'en publier les résultats.* Ce travail d'analyses des produits pharmaceutiques employés dans les médecines anciennes a été effectué dans plusieurs pays; il faudra aussi l'entreprendre au Vietnam. Il y aura intérêt à réserver dans le programme de pharmacologie une place à l'étude de la pharmacopée sino-annamite. Cette mesure ne manquera pas de rehausser aux yeux du public vietnamien le prestige du médecin qui aura été ainsi initié « à la fois aux choses anciennes et modernes ».

De plus, l'usage des médicaments modernes sera vulgarisé. La vente des médicaments usuels sera facilitée. On s'efforcera de mettre à la portée de tous les villages, les objets de pansement, les collyres pour conjonctivités simples, les pommades pour gale, plaies bénignes, etc., *en favorisant l'établissement des dépôts de pharmacie ruraux* où la vente des médicaments usuels sera permise.

Le jour où la médecine moderne aura pris la place qu'occupait l'ancienne médecine sino-annamite, un grand progrès aura été réalisé.

II. — ETUDE D'UN SCHÉMA D'ORGANISATION MÉDICALE AU VIETNAM.

L'œuvre médicale accomplie avant 1945 l'a été petit à petit, au fur et à mesure des initiatives personnelles des Gouverneurs Généraux, des Résidents Supérieurs et des administrateurs de province, à la façon des anciennes villes qui se développent progressivement

selon le caprice des constructeurs, sans aucun plan préétabli. Il en résulte un système incohérent et mal réparti; dans certaines régions, les établissements hospitaliers sont développés outre mesure et sans nécessité, tandis que dans d'autres, par contre, ils font trop défaut. D'autre part, dans un même endroit, plusieurs bâtiments isolés construits successivement coûtent plus cher qu'un immeuble de même contenance construit en une seule fois. L'hôpital de Faïfoo, chef-lieu de la province de Quang Nam, comportait quatorze bâtiments dispersés sur un grand terrain; le service était forcément compliqué, la surveillance des malades difficile et les frais d'entretien coûteux.

Il est nécessaire d'établir un plan d'ensemble prévu pour une assez longue période de temps, de cinq à dix ans, et qu'on réalisera par étapes, de faire un inventaire aussi précis que possible des moyens dont on peut disposer, et d'avoir une idée très précise des objectifs successifs qu'on veut atteindre. Ce n'est qu'à ce prix qu'on réalisera une œuvre économique, cohérente et judicieusement répartie.

Dans toute organisation une direction centrale unique, éclairée et vigilante est nécessaire pour ne pas glisser au désordre et à l'incohérence qui dispersent les efforts, augmentent les dépenses et diminuent l'efficacité de l'œuvre entreprise.

On centralisera tout ce qui concerne l'élaboration du plan d'ensemble, l'étude et l'essai des nouveaux procédés, la formation du personnel, du moins des cadres dirigeants, ainsi que la fabrication de tout matériel qui peut être produit en série ou qui exige une installation compliquée et coûteuse.

Dans le cadre du plan d'ensemble, *on décentralisera au point de vue exécution pour permettre le libre développement des initiatives individuelles.* Le travail des

organisations régionales sera périodiquement contrôlé par des inspecteurs envoyés par les bureaux centraux; la direction recevra d'ailleurs les rapports périodiques et les suggestions des échelons régionaux; les propositions les plus intéressantes seront retenues, mises à l'étude et expérimentées s'il y a lieu pour en étendre éventuellement l'application à tout le pays.

Nous présentons ci-dessous un schéma d'organisation des services de la santé publique au Vietnam sur le plan central et sur le plan régional. L'organisation centrale pourra comporter deux directions, une direction de l'assistance publique et une direction de l'hygiène et de la médecine préventive, placées ensemble sous les ordres du ministre de la santé.

La direction de l'assistance publique s'occupera de tous les services de traitements, hôpitaux, cliniques, dispensaires, maternités, lazarets, asiles divers, de l'administration du personnel traitant, de la répartition des médicaments, de la formation du personnel hospitalier subalterne, infirmiers et infirmières, la formation des cadres supérieurs se faisant dans les universités.

La direction de l'hygiène et de la médecine préventive comprendra cinq services : études et expérimentations, habitation, alimentation, propagande, prophylaxie.

Le bureau d'études se tiendra au courant de toutes les réalisations qui ont été faites dans les différents pays dans le domaine de l'hygiène et de la médecine préventive et étudiera leur adaptation au Vietnam. Il centralise les rapports, tient à jour les statistiques, permet à la direction de la santé d'avoir à chaque instant une idée exacte de la situation sanitaire du pays. C'est lui qui dirige, avec la collaboration des autres services, les *centres d'essais* qu'on aura installés pour l'expérimentation d'un procédé d'assainissement, d'un

plan d'organisation rurale, d'une méthode de propagande, etc.

Ces centres sont d'une importance primordiale. Ils permettent d'essayer les méthodes les plus hardies, sans pour cela entraîner des dépenses exagérées; on pourra ainsi découvrir et mettre au point avec la rigueur expérimentale voulue, les procédés d'assainissement, de prophylaxie, les types de constructions rurales, etc., qui conviennent le mieux au Vietnam.

Les problèmes de l'habitation et de l'alimentation méritent une attention toute particulière. C'est de leur déféctuosité que résultent le terrain physiologique débile de la population vietnamienne, surtout celle de la campagne, la transmission facile des maladies contagieuses et les multiples avitaminoses dont les plus fréquentes et les plus graves sont le béri-béri et la xérophthalmie. Ces problèmes sont étroitement liés au problème économique; il s'agit d'une question de ressources personnelles de chacun. Mais il s'agit aussi, dans une large mesure, d'une question d'éducation.

Ce n'est que très récemment qu'il existe au Vietnam une école d'architecture, et dans les villes, depuis une quinzaine d'années, les riches propriétaires consultent les architectes pour la construction de leurs maisons. Mais la question des constructions rurales n'a pas été encore abordée. Il n'a jamais existé d'écoles pour former des ouvriers à l'art de la construction rurale et aux notions d'hygiène qui lui sont liées. Les paysans vietnamiens construisent, comme ils veulent et comme ils peuvent, sans avoir aucune notion d'architecture et d'hygiène même rudimentaire et sans être astreints à aucune réglementation. Leurs cases basses et obscures sont posées à même le sol, de temps à autre sur une surface légèrement surélevée par rapport aux environs. Les murs sont en argile mélangée de paille hachée et parfois d'excrément de buffle qui

constitue la matière liante. Les toitures en chaume sont fortement inclinées pour faciliter l'écoulement des eaux de pluie et éviter la pourriture des matériaux.

Deux ouvertures médianes en regard l'une de l'autre, servent de portes d'entrée et de sortie et se ferment par des battants en bambou tressé qu'on soulève le jour au bout d'une perche et qu'on rabat le soir et les jours de pluie. De petites ouvertures latérales se fermant par le même système de battant servent de fenêtres. La maison est divisée en trois pièces, une pièce principale médiane et deux pièces latérales accessoires. Dans la pièce médiane se trouve l'autel des ancêtres; c'est là aussi qu'est installé le salon de réception composé d'une petite table et de quelques chaises rudimentaires. Les pièces accessoires servent de chambres à coucher. La cuisine, constituée de quelques pénates en terre cuite formant foyers, est installée sous un auvent très simple qui se trouve à quelques pas derrière la maison. La porcherie, quand elle existe, se trouve également à proximité de la maison. Les latrines sont rares.

L'alimentation est tout aussi défectueuse. L'élevage est peu développé et le riz représente pour ainsi dire l'unique culture du pays. En plus de cet état alimentaire déficient, de mauvaises coutumes soumettent les femmes enceintes avant et après l'accouchement à un régime trop sévère, alors que les malades convalescents, même de fièvre typhoïde, sont gavés d'aliments solides. Les femmes enceintes, à l'approche du terme de la grossesse et un mois après l'accouchement, ne se nourrissent que de riz et de sel, et boivent du thé très amer. Ces habitudes se perpétuent encore à la campagne. Les cas d'anémie et de béri-béri de la grossesse sont fréquemment observés, de même que les cas de perforation typhique.

Ausi est-il nécessaire de créer des bureaux de

l'habitation et de l'alimentation spécialisé dans l'étude et la recherche des moyens d'améliorer la vie de la population à ce double point de vue.

Depuis vingt-cinq ans environ, des normes exactes relatives au logement ont été proposées par des Instituts, des Fondations, des Associations d'hygiénistes, d'architectes, de philanthropes, par les Congrès de la Fédération Internationale de l'Habitation et de l'Urbanisme, par l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, par le Bureau International du Travail. Et les gouvernements de nombreux pays ont développé la politique de lutte contre les taudis et de construction d'habitations populaires à bon marché. La première société coopérative pour la construction de logements à bon marché (Building and Loan Society) est fondée à Philadelphie en 1831. En Angleterre, le prince-consort Albert préside en 1848 une association pour l'érection de logements populaires. Entre les deux guerres mondiales, les pouvoirs publics et l'initiative privée avaient construit trois millions de logements populaires en Allemagne, quatre millions en Angleterre.

Aux Pays-Bas, en France, en Angleterre, on procède dans des chantiers d'expériences à une investigation scientifique de tous les modes de construction, en opérant sur des matériaux et sur des immeubles achevés. On rationalise les plans et on prépare la standardisation des éléments de la construction.

Le Bureau de l'Habitation du service de la santé devra monter de semblables *chantiers d'expériences* pour étudier le meilleur parti qu'on puisse tirer des matériaux locaux, bois, bambous, rotins, paille, feuille de palmier, de latanier qu'on trouve abondamment ou des matériaux qu'on peut fabriquer facilement sur place, tuiles, briques, ciment, chaux, etc. Il devra étudier des types de constructions rurales simples, économiques, hygiéniques et qui conviennent aux différentes

régions géographiques du pays. On pourra construire des villages modèles pour le delta et pour les Haute et Moyenne régions.

Ce bureau dirigera en outre des *écoles d'ouvriers de la construction rurale*. A la fin de leurs études, ces ouvriers seront munis de diplômes; au fur et à mesure de l'augmentation de leur nombre, on pourra soumettre les constructions rurales à une réglementation de plus en plus stricte. On doit pouvoir arriver avec la standardisation et la fabrication en série des matériaux de construction, la mise au point de plans de constructions logiques et simples et en fixant les rétributions des ouvriers à un taux raisonnable, à un prix *de revient des maisons pratiquement à la portée de la majorité de la population.

Le surveillant sanitaire des villages apportera sa collaboration en apprenant aux habitants à utiliser rationnellement un logement, à le meubler simplement mais confortablement, à l'entretenir, à le réparer, à l'embellir.

L'essai unique en matière de politique d'habitation au Vietnam a été la Ligue « Anh Sang » (Lumière) contre les taudis, fondée par le groupe de journalistes et d'écrivains « Tu luc van doan » de Monsieur NGUYÊN TUONG TAM. Mais ce fut une œuvre d'amateurs qui n'a guère duré et dont les résultats étaient fort modestes. Toutefois, la sympathie avec laquelle le public accueillit cette initiative permet d'espérer que cette œuvre reprise d'une manière méthodique et persévérante portera certainement de beaux fruits.

Le problème de l'alimentation mérite la même préoccupation. Jusqu'il y a une vingtaine d'années, les recherches relatives à l'alimentation sont entreprises en ordre dispersé. Pour la première fois, en 1925, le Comité d'hygiène de la Société des Nations se préoc-

cupe des problèmes de l'alimentation dont Etienne BURNET et W.-R. AYKROYD donnent un exposé général. En 1935, l'Assemblée de la Société des Nations nomme un Comité d'hygiénistes, de physiologistes, d'agronomes et d'économistes dont le rapport montre les relations étroites entre l'agriculture, l'économie nationale et la santé. Ce travail est repris aujourd'hui par l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (F. A. O.) et par l'Organisation mondiale de la Santé qui ont créé un Comité consultatif permanent de l'alimentation, commun aux deux organisations. Les Instituts de la nutrition (Tokio, Moscou, Buenos-Aires, Indes Néerlandaises) ont joué un rôle important dans le développement de nos connaissances en matière d'alimentation.

Le Bureau de l'Alimentation devra disposer de laboratoires où seront analysés les aliments, surtout ceux dont on peut développer la production dans le pays; on déterminera leurs valeurs nutritives aux différents points de vue calorifique, richesse en vitamines, en acides aminés, etc. En Indochine, on a commencé ce travail. Le Professeur AUFFRET a publié un livre où sont étudiées les valeurs nutritives d'un certain nombre d'aliments courants au Vietnam. On pourra ainsi mettre au point des régimes alimentaires équilibrés convenant le mieux aux différentes catégories de la population, ouvriers, paysans, enfants, adultes.

En collaboration avec les services agricoles, le service de la santé organisera la propagande pour le développement de l'élevage et des cultures les plus productives et les plus nourrissantes.

Le bureau de l'alimentation étudiera en même temps les manières de conserver les céréales, les œufs, les viandes, les poissons, de façon à leur garder le maximum de leur valeur nutritive.

Dans les villages, *le surveillant d'hygiène fera*

l'éducation alimentaire des habitants. Ils est prouvé que quel que soit son revenu, on peut améliorer les habitudes alimentaires d'une famille en l'instruisant à ce sujet.

Une bonne alimentation est l'élément essentiel de la prophylaxie non spécifique des maladies. Elle offre le moyen de régénérer les classes déshéritées; elle constitue la base de la santé nationale. Rien ne doit être négligé pour la porter à son plus haut degré.

Le bureau de propagande s'occupera de la formation des cadres d'hygiénistes subalternes, infirmières visiteuses, assistantes sociales, surveillants d'hygiène; il travaillera à l'enrichissement du vocabulaire médical vietnamien, traduira les œuvres médicales étrangères, rédigera les manuels scolaires d'hygiène, les revues, bulletins, brochures, prospectus, tracts de propagande, préparera les films, disques, dirigera les émissions radiophoniques, assurera la répartition et l'entretien du matériel de propagande. En particulier, pour des raisons économiques et techniques, le bureau de propagande aura intérêt à centraliser tous les travaux d'impression, non seulement les manuels, brochures, affiches de propagande, mais encore les bulletins d'enquête, les fiches d'examens médicaux, les feuilles de statistiques, les registres d'état civil qui seront distribués à tous les villages. L'emploi de formules identiques dans tout le pays facilitera le travail d'enquête et de contrôle; de plus, ces habitudes d'ordre et de méthode uniformisées et appliquées sur une grande échelle, s'ancreront plus facilement dans les mœurs du personnel médical et de la population.

De temps à autre, pour favoriser le développement de l'esprit d'initiative du personnel subalterne et pour faire participer la population à l'œuvre d'hygiène, on organisera des concours sur un sujet de propagande ayant trait à un problème d'actualité, destruction des

mouches, construction des latrines, etc. Les meilleurs dessins, les meilleurs articles seront gratifiés et publiés pour être répandus sur une grande échelle.

Le bureau de propagande d'hygiène devra se mettre en rapport étroit avec les ministères de l'information, de l'enseignement, l'armée, la police, les entreprises industrielles publiques et privées, etc., pour s'efforcer de diffuser dans tous les milieux possibles l'influence médicale et acquérir le maximum de collaboration de la population.

Le bureau de la prophylaxie s'approvisionnera en vaccins, en sérums, et mobilisera tous les moyens prophylactiques appropriés, chaque fois qu'une épidémie se déclare en un point quelconque du territoire. C'est lui qui établira alors les cordons sanitaires; en temps normal, c'est lui qui assure la police sanitaire aux frontières terrestres et maritimes. Il s'occupera avec un soin particulier de la lutte contre certaines maladies endémiques qui atteignent le plus sévèrement la population vietnamienne, paludisme, trachome, etc. La lutte antimalarienne surtout devra passer au premier plan de ses préoccupations. Il a été démontré que cette lutte est financièrement possible dans les villes, les plantations, les entreprises industrielles, les camps militaires. Dans ces régions peuplées et peu étendues, la lutte antilarvaire par les méthodes de drainage qu'assure le service des travaux publics, combinée aux procédés chimio-thérapeutiques, a donné d'excellents résultats. Mais il est beaucoup plus difficile de protéger la population de la campagne; il faudra s'attacher à développer les procédés biologiques de prophylaxie qui sont peu coûteux et à éduquer le peuple, à lui apprendre des « mesures mineures pouvant être mises en pratique régulièrement par les bénéficiaires eux-mêmes sans grosses dépenses, la persistance dans l'application des mesures étant préférable à leur perfec-

tion » (Professeur Henry GALLIARD, la Conférence intergouvernementale des pays d'Extrême-Orient sur l'hygiène rurale à Bandoeng, *Presse Médicale*, 5 février 1938).

Autant il est nécessaire de centraliser la direction pour aboutir à une action cohérente, autant il est nécessaire de décentraliser l'exécution, de multiplier les centres hospitaliers secondaires pour atteindre la plus grande partie de la population.

Nous proposons d'adopter comme unité médicale principale non plus la province mais la circonscription (phu et huyên). Dans chaque circonscription, l'organisation médicale sera spécialisée en vue de lutter plus particulièrement contre la ou les maladies endémiques qui y prédominent.

L'hôpital et le centre d'hygiène auront intérêt à se trouver dans la même enceinte. L'hôpital sera dirigé par un ou plusieurs médecins traitants et le centre d'hygiène par un médecin hygiéniste.

L'hôpital comprendra une maternité, une consultation, quelques pavillons pour l'isolement des malades contagieux. Il faut éviter de le transformer en hospice en y recevant, comme on l'a fait jusqu'ici dans beaucoup de centres, trop de sans-métier présentant des affections chroniques sans gravité, ulcères phagédéniques, gale et mélanodermie des vagabonds, anémie palustre, etc. Le traitement ambulatoire sera institué pour tous les malades qui peuvent être laissés en circulation sans danger de contamination pour les autres. Le médecin traitant restera attaché en permanence au service de l'hôpital; il sera assisté d'une sage-femme et de quelques infirmiers.

Le médecin hygiéniste partagera son temps entre l'examen des rapports parvenus des villages, l'élaboration et la mise au point du programme de travail dans son secteur, l'éducation de son personnel, les

consultations préventives et les tournées rurales. Il sera secondé par des assistants et assistantes sociaux dont le plus ancien en service sera désigné comme adjoint pour le remplacer pendant ses absences.

Chaque centre d'hygiène comportera :

— Un secrétariat qui s'occupera de la correspondance, des circulaires, de la comptabilité, de la préparation des programmes de travail pour le personnel, etc...

— Une section* des statistiques, qui étudiera les rapports reçus, réunira les statistiques de natalité, de morbidité, de mortalité, etc., en fera la synthèse, établira les cartes et graphiques montrant l'activité du service, les progrès réalisés dans les différents domaines sanitaires, les trajets effectués par le médecin hygiéniste dans ses tournées rurales, les villages déjà vaccinés, etc.

— Un service des fichiers. On y classera les fiches sanitaires de tous ceux qui viennent s'adresser au service de consultation préventive, femmes enceintes, nourrissons, jeunes gens qui sollicitent des examens prénuptiaux, etc., ainsi que les dossiers des malades irréguliers ou contagieux que le médecin traitant aura transmis au centre d'hygiène pour enquête spéciale. On reproduira et gardera un exemplaire de chacun de ces dossiers en renvoyant l'original au médecin traitant.

— Une section de propagande qui entretiendra le matériel de propagande, coordonnera la propagande d'hygiène dans tous les villages de la circonscription. Il recevra de la direction centrale tracts, brochures, affiches, revues médicales, etc., en préparera s'il y a lieu et les redistribuera aux villages. Il organisera les tournées de car-radio, de projection de films, de démonstrations diverses avec instruments à l'appui, loupes, microscopes, etc.

— Un service de consultation préventive qui fonctionnera deux à trois fois par semaine selon le nombre de consultants et le temps disponible du médecin.

— Un service de dépistage des maladies et de visites à domicile assuré par les assistants ou assistantes sociaux au chef-lieu de la circonscription et dans un certain nombre de villages périphériques à déterminer, les villages situés plus loin étant confiés aux surveillants d'hygiène de village.

— Une ambulance. La pénurie des moyens de communication représente un obstacle très sérieux au développement de l'action médicale comme de beaucoup d'autres activités. Il faudra y remédier dans la mesure du possible. On dotera chaque circonscription de deux à trois voitures automobiles de service pour les déplacements du médecin et le transport des malades réclamant des soins urgents. A défaut de voitures automobiles, on organisera l'ambulance avec des voitures à cheval, des cyclopousses, des sampans, etc.

— Un laboratoire commun à l'hôpital et au centre d'hygiène, pour les examens de sang, d'urine, de crachats, les cultures microbiennes, etc.

Il est bien entendu que l'importance du personnel variera selon l'importance de la circonscription, son étendue, le chiffre de sa population et l'effort médical qu'on devra y déployer. Dans les postes secondaires, un seul secrétaire pourra s'occuper à la fois du travail de bureau, correspondances, rapports, etc., du service des statistiques et de l'entretien des fichiers, tandis que le médecin hygiéniste secondé de quelques assistants se chargera du travail d'hygiène, prophylaxie et propagande.

Plusieurs villages réunis auront une infirmerie dont le rôle ne devra pas être réduit à une simple distribution de médicaments. Elle comprendra une salle de petite chirurgie, une petite pharmacie et quelques

lits où les malades seront mis en observation; l'infirmier tiendra à jour les feuilles de température, de pouls, mettra les malades au repos et à la diète, leur donnera les premiers soins, ainsi que les traitements symptomatiques et tonifiants anodins. Ceux qui présentent des cas bénins et dont l'état s'améliore rapidement, sont mis exéat; les autres attendront le passage du médecin quand sa visite s'annonce, ou sinon seront dirigés sur l'hôpital le plus proche.

Dans les régions où prédomine une maladie endémique, ces infirmeries rurales seront adaptées en vue de la lutte contre cette maladie. Dans les zones à hyperendémie palustre, les postes médicaux seront surtout dotés en médicaments antipaludéens et comporteront en outre un petit laboratoire permettant à l'infirmier de procéder systématiquement à des examens de sang pour tous les malades, afin d'y déceler la présence des hématozoaires.

Chaque village aura une maternité, un dépôt de médicaments usuels et un surveillant sanitaire. La formation des *accoucheuses rurales* sera facilitée du fait que le médecin hygiéniste, aidé de la sage-femme de circonscription, pourra s'en occuper d'une manière plus régulière que dans l'ancien système où l'on voulait confier cet enseignement comme tâche supplémentaire au médecin traitant. A la fin de leur stage, les accoucheuses rurales pourront soit installer une maternité privée, soit travailler pour le compte du village, auquel cas elles recevront une rémunération déterminée. Celles qui sont payées sur le budget du village ne devront pas faire de la clientèle privée. De plus, on pourra, moyennant une indemnité supplémentaire, leur confier la surveillance d'une crèche, d'une garderie d'enfants ou d'une petite classe maternelle adjointes à la maternité.

La vente des médicaments usuels devra être favorisée. On pourra la rendre libre et permettre aux petits

épiciers de village de vendre couramment, à côté des boîtes d'allumettes et des bâtonnets d'encens, l'alcool iodé, les pommades dermatologiques, les collyres, les objets de pansement. Ce sera là un moyen efficace de supplanter rapidement la médecine sino-annamite. De toute façon, l'usage de ces médicaments soigneusement préparés, proprement mis en boîte, accompagnés de prospectus enseignant les notions élémentaires de médecine et d'hygiène, familiarisera les habitants avec la médecine moderne, et les aidera à acquérir des habitudes de propreté.

Le *surveillant sanitaire* du village doit être originaire de ce village ou d'un village voisin, ou du moins l'avoir habité depuis un certain temps, pour bien connaître les habitants de la région, leurs mœurs et coutumes. Il devra commencer son travail par une enquête générale, par une étude minutieuse du village aux différents points de vue topographique, climatologique, densité de la population, état des constructions, habitudes alimentaires, fréquence des maladies diverses, etc., etc.

Les villages vietnamiens n'ont jamais été astreints à aucun plan d'urbanisme. L'état civil est mal tenu; on ignore le chiffre exact de la population. Il est bien difficile de trouver l'adresse d'une maison, les rues et les sentiers ne portant pas de noms, les maisons pas de numéros. *La première chose à faire, c'est « d'ordonner » le village*, d'en tracer un plan précis et de donner à chaque rue, chaque sentier un nom, à chaque maison un numéro. Les noms des rues devront être clairement inscrits sur des poteaux indicateurs; les numéros des maisons seront utilement marqués à la fois en chiffres romains et en caractères chinois.

L'enquête terminée, la carte du village étant établie avec précision, ses habitants dénombrés, le *surveillant sanitaire*, suivant les instructions du médecin hygiéniste de sa circonscription, commencera son action

hygiénique par un travail bien défini, aménagement de l'eau potable, campagne pour la construction des latrines, etc., puis étendra progressivement son action aux autres points du programme.

Il divisera son village, en plusieurs secteurs qu'il visitera méthodiquement et régulièrement. C'est au cours de ces visites à domicile qu'il s'enquerra de l'état de santé de chaque famille et fera son éducation hygiénique quotidienne.

C'est le surveillant sanitaire qui dirigera en outre l'enseignement d'hygiène des élèves du village, ainsi que les cours d'instruction populaire organisés pour les adultes. C'est lui qui pratiquera les vaccinations des habitants, fera les déclarations des maladies transmissibles et mettra en œuvre, en période d'épidémies, les mesures de prophylaxie dictées par le médecin hygiéniste.

On comprend aisément que le travail des surveillants sanitaires de village exige beaucoup de persévérance et de patience, de conscience professionnelle et de vigilance. Aussi la surveillance de ce personnel devra-t-il constituer l'une des principales préoccupations du médecin hygiéniste qui devra veiller à ce que les rapports et statistiques soient rédigés avec un soin minutieux et fournis régulièrement, et devra, par des tournées fréquentes, venir contrôler sur place le travail de ses collaborateurs.

Chaque surveillant sanitaire a, devant la porte de sa maison ou à la maison de son chef de village, un plan du village avec les noms des quartiers, des rues, sentiers, cours d'eau, etc. Chaque jour il affiche, à côté de ce plan, les noms des secteurs où il travaillera le matin et le soir, et en même temps plante sur la carte, aux points correspondants, des épingles à tête colorée. De cette manière, le médecin, au cours d'une tournée d'inspection, le trouvera très facilement.

Chaque maison du village aura en outre un carnet d'hygiène où le surveillant sanitaire marque au fur et à mesure de ses visites le travail d'hygiène qu'il y effectue, envoi des malades à l'infirmerie ou à l'hôpital, vaccinations, sujets d'hygiène traités, nombre de membres de la famille qui y ont assisté, nombre de personnes qui ont compris, etc. Cela permettra au médecin de contrôler le travail du surveillant sanitaire dans chaque maison.

Pour entretenir la vigilance des surveillants sanitaires et les perfectionner, le médecin aura intérêt à les réunir de temps à autre en session plénière pour les soumettre à des épreuves pratiques et discuter avec eux des problèmes d'hygiène intéressant la circonscription. On pourra les renvoyer à tour de rôle, au bout d'une certaine période d'activité, au centre de formation tenu par la Direction centrale pour parfaire leur instruction et les adapter aux nouvelles méthodes s'il y a lieu.

L'ambulance rurale devra être également organisée; selon la nature des voies de communication, routes plus ou moins praticables, cours d'eau plus ou moins navigables, on utilisera des cyclopousses, des voitures à cheval, des canots à moteur, des sampans.

La réussite du travail d'hygiène rurale dépend du soin avec lequel on élabore le programme d'action qui devra être prévu jusque dans ses moindres détails et sans cesse remis au point d'après les rapports sanitaires reçus pour s'adapter de mieux en mieux aux conditions particulières de chaque région. Elle dépend de la continuité d'un effort méthodique et patient, de la vigilance du médecin hygiéniste, de la conscience professionnelle des surveillants sanitaires. Quand on arrive à éveiller l'intérêt actif de la population et à obtenir sa collaboration, on peut dire que le succès de l'œuvre est assuré.

CONCLUSIONS

L'état sanitaire d'un peuple est la résultante de son économie nationale, de son régime social, de son niveau intellectuel, de son éducation hygiénique et de l'œuvre médicale accomplie. Tous ces facteurs sont interdépendants. S'il est vrai qu'un peuple est ignorant et débile parce qu'il est pauvre, il n'est pas non moins vrai qu'il est débile et pauvre parce qu'il est ignorant. Il faut briser ce cercle vicieux de la pauvreté, de la maladie et de l'ignorance. C'est sur ce dernier facteur que nous pourrons le mieux agir. Aussi faudra-t-il s'attacher principalement à éduquer la population et à la mettre en mesure de participer activement à l'amélioration de sa propre vie.

C'est la conclusion de la Conférence mondiale de la Santé, réunie à New-York en juin-juillet 1946, et dont la Constitution fut adoptée le 22 juillet 1946 et signée par les délégués de soixante et une nations.

« Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples, ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations ».

Comme le fleuve qui se ramifie et met son eau précieuse à l'usage des populations citadines et campagnardes, la médecine devra aller à la masse, se répandre

largement dans tous les milieux sociaux et se mettre à leur portée.

Le corps médical du Vietnam aura à entreprendre une œuvre immense; il faut dès maintenant l'envisager dans toute sa complexité et toutes ses difficultés, et commencer à en élaborer le plan.

Mais rien ne peut se construire que dans la paix et tant que les éléments les plus robustes et les plus jeunes des populations continuent à s'affronter et à s'entre-tuer sur les champs de bataille, l'effort médical pour soulager les souffrances des malades et apporter de modestes améliorations aux conditions de la vie humaine, apparaît singulièrement vain. Aussi, en terminant, formulons-nous nos vœux les plus ardents pour le rétablissement de la paix au Vietnam.

Paris, le 26 Février 1949.

Vu, le Doyen : Vu, le Président de Thèse :
BINET GALLIARD

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ABBATUCCI. — L'Indochine française. (*Presse Médicale*, n° 87, 1^{er} novembre 1922.)
- La lutte contre la tuberculose en Cochinchine. (*Presse Médicale*, 15 novembre 1926.)
- Médecins coloniaux. Paris, Larose, 1928.
- Les services d'hygiène publique dans les colonies.
- AGARD. — La tuberculose et sa prophylaxie en Indochine et quelques conseils aux instituteurs pour aider les services sanitaires et médicaux à combattre cette maladie. (*Bulletin de l'Instruction Publique de l'Indochine*, 1932.)
- AN (Song). — Am dương biên lý han nhiêt hu thuc luân. Nam Dinh, 1934.
- ANDIAN. — Contribution à l'étude de la prophylaxie de la lèpre au Tonkin.
- ANTOINE (G.). — Nouveaux essais d'irrigation alternée des rizières en Annam.
- Arrêté du 27 mars 1927 et instructions au sujet de l'Assistance médicale rurale au Tonkin.
- Arrêté du Gougal du 30 avril 1929 portant création de la commission sanitaire locale provinciale et municipale.
- Arrêté du Gougal du 14 octobre 1929 portant création d'un service d'assistance sociale.

Arrêté du Resuper du 7 août 1929 réglementant la protection de la santé publique au Tonkin.

BABLET (J.). — La prophylaxie sociale de la tuberculose. Comment peut-on combattre la tuberculose en Indochine. Hanoï, I. D. E. O., 1933.

BANN (Luu). — Y duoc nam châm. Sadec, 1934.

BERNARD (A.). — Note sur les travaux antimalariens dans les centres de Moyenne et Haute Région du Tonkin.

BERNARD (P.-Noël). — Recherche sur le béri-béri.

BERNARD, CAZANOVE-GAUDUCHEAU. — Les grandes endémies tropicales (étude de pathogénie et de prophylaxie).

BOINET. — Ulcère phagédénique au Tonkin.

BONNETTE (P.). — Ecole de Médecine de Hanoï. (*Presse Médicale*, n° 59, 26 juillet. 1922.)

BORDES. — Le paludisme en Indochine.

BUI (Louis). — La tuberculose en Indochine. Paris, Vigot Frères, 1935.

CADIÈRE (L.). — Documents relatifs à l'accroissement et à la composition de la population annamite (1908).

— La sous-alimentation en Annam. (*Rapport à l'Académie des Sciences Coloniales*, 1924.)

CALMETTE (A.). — Recherche sur le choléra asiatique indochinois.

— Rôle des Instituteurs Pasteur et des laboratoires en Indochine.

CANET (J.). — Organisation pratique d'un service médical sur un groupe de plantations.

CARJAT. — A propos d'une épidémie de fièvre récurrente en milieu indochinois. Contribution à l'étude de son traitement : ce qu'on peut attendre des arsénoxydes. (*Thèse de Paris*, mars 1947.)

CARLES (lieutenant-colonel, commandant le 3^e territoire militaire).

— L'assainissement d'un centre urbain dans la Haute Région du Tonkin : Hagiang.

CHAMPIONNIÈRE (J.-Lucas). — Quelques aspects de l'exercice de la médecine aux colonies. (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 25 juillet 1933.)

CLAIR (R.-P.). — Causerie sur la médecine annamite.

CLARAC. — Maladies de l'Indochine.

COURMONT, LESIEUR et ROCHAIX. — Précis d'hygiène. Paris, Masson.

CU (Nguyễn huu). — Viet Nam y hoc toan tap. Nam Dinh, 1929.

DAO (Hac). — Đông phương y hoc toat yêu. Hanoï, 1933.

DEUJOY (Paul). — Remèdes et superstitions en Annam.

— Médecins et sorciers.

Deuxième voyage international d'études malariologiques de la Société des Nations en Indochine française. (4-22 juillet 1937. Notes de l'Institut Pasteur.)

DUONG (Nguyễn xuân). — Vấn đề nghiên cứu thuốc ta. Hanoï, 1935.

DUVIGNEAU. — Les médecins annamites à la Cour d'Annam. (*Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, tome IX, 1906.)

Dépêche Coloniale n° 5775, 12 février 1914. — Les progrès de l'Assistance en Indochine.

Exposition Coloniale Internationale de Paris de 1931. — Ecole de Plein Exercice de Médecine et de Pharmacie d'Indochine. Hanoï, I. D. E. O., 1931.

FRICHET. — La médecine et l'occultisme en Chine. Paris, 1934.

GAIDE. — Le choléra en Indochine. 1927-1928.

— L'Assistance Médicale et la Protection de la Santé Publique en Indochine. Hanoï, I. D. E. O., 1931.

GAIDE et BORDAT. — La variole et les vaccinations jennériennes en Indochine.

GAIDE et DOROLLE. — La tuberculose en Indochine. Hanoï, I. D. E. O., 1930.

GALLIARD (H.). — La Conférence Intergouvernementale des pays d'Extrême-Orient sur l'hygiène rurale à Bandoeng (Java). (*Presse Médicale*, 3 février 1938.)

— Le Congrès de la « Far Eastern Association of Tropical Medicine », à Hanoï. (*Presse Médicale*, 1^{er} février 1939.)

— La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Hanoï de 1940 à 1945. (*Presse Médicale*, 28 septembre 1946.)

GRALL. — Hygiène d'Indochine. Paris, Baillière et Fils, 1908.

GRASSET. — Idées paramédicales et médico-sociales. Paris, Plon, 1912.

GUINON. — Médecine sociale. Paris, Maloine.

HAI (Nguyễn viêm). — Contribution à l'étude de la géographie médicale du Tonkin. (*Thèse de Doctorat en Médecine*, Paris, 1929.)

HIÊP (Buu). — La médecine française dans la vie annamite. (*Thèse de Hanoï*, 1936.)

HYDRICK (J.-L.). — Hygiène rurale intensive et éducation hygiénique. L'œuvre entreprise par le Service de la Santé Publique des Indes Néerlandaises.

Instructions relatives au développement des services de médecine préventive, d'hygiène et d'assistance dans les colonies. Hanoï, I. D. E. O.

JANSELME. — La médecine et le médecin d'après le Code Annamite. (*Bulletin de la Société de l'Histoire de la Médecine*, 1906.)

JAUNNES. — L'art de guérir chez les Annamites.

Journal Officiel de la République Française du 21 mai 1921. Décret du 18 mai 1921 transformant l'Ecole Indigène de Médecine de l'Indochine en Ecole de Plein Exercice.

JOYEUX (J.). — Organisation de l'hygiène et de la protection de la maternité et de l'enfance indigène à Hanoï. (*Bulletin*

de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine, mai 1934.)

KÉRANDEL (J.). — Riziculture et distribution géographique du paludisme en Indochine.

LACOUR. — Les rizières de la Haute Région et le paludisme.

LALUNG-BONNAIRE, GUÉRIN et ADVIER. — Résultats de l'enquête sociale sur la tuberculose dans les écoles de Cholon. (*Archives des Instituts Pasteur d'Indochine*, octobre 1925.)

LE DENTEC. — Le problème des sanatoria au Tonkin et sa solution.

LE MAR'HADOUR. — Notes sur la médecine annamite. (*Bulletin Général de Thérapeutique Méd. Chir. Obst. et Pharm.*, tome 129, 1895.)

LE ROY DES BARRES. — L'organisation de l'Assistance et de l'Hygiène publique en Indochine française. Bangkok, 1922.

— Les dépenses du budget du Tonkin en matière d'Assistance et d'Hygiène.

LIANG (J.-K.). — La médecine chinoise. (*La Politique de Pékin*, 1935.)

LOEBEL. — Ayons confiance dans la médecine ; le passé et l'avenir. Paris, Plon, 1935.

LOI (Hua khac). — Dieu duoc ngoai va gia truyen. Bèn Tre, 1935.

LOI (Trinh huu). — Contribution à l'étude de quelques mesures d'hygiène et de prophylaxie applicables aux villages annamites du Tonkin. (*Thèse*, Paris, 1935.)

LOSSOUARN. — Causeries médicales. Pékin, Imprimerie des Lazaristes, 1930.

LUONG (Hoang mong). — Notes d'acupuncture chinoise. (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale d'Indochine*, mai 1936.)

MANGIN. — Médecine en Annam. (*Thèse*, Paris, 1887.)

MARADOSOU (Paramananda). — La médecine traditionnelle de l'Inde. Pondichéry, 1932.

- MARCEL (Henri). — Les Médecins Auxiliaires et l'exercice de la profession médicale. Hanoï, Mac dinh Tu, 1923.
- MARCEL. — L'hygiène rurale au Tonkin. (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale d'Indochine*, 1926.)
- MARQUIS (Edouard). — L'œuvre humaine de la France en Cochinchine. Saïgon, Imprimerie du Théâtre, 1936.
- MONTEL (L.-R.). — Pourquoi doit-on faire de l'assistance en Indochine. Etude de pathologie annamite, en Cochinchine.
- MORANT (G. Soulié de). — Précis de la vraie acupuncture chinoise. Paris, Mercure de France, 1934.
- MORIN (G.-S.-Henry). — Vers la prophylaxie sociale du paludisme. (*Bulletin Méd. Chir. Ind.*, 1932.)
- Entretien sur le paludisme et sa prévention en Indochine. Hanoï, I. D. E. O., 1935.
- Feuilletts d'hygiène indochinoise. Conférences faites et documents utilisés pour l'enseignement de l'hygiène à l'Ecole de Médecine de Hanoï sous la direction du Docteur H.-S. MORIN. Hanoï, I. D. E. O., 1935.
- MORIN et ROBIN. — Essai sur la prévention pratique du paludisme dans les exploitations agricoles en Indochine. Saïgon, Portail, 1933.
- NAKAYAMA. — Acupuncture et médecine chinoise vérifiées au Japon. Paris, Edition Hippocrate, 1934.
- NHAN (Nguyễn van). — Sach thuộc y hoc tung thu. Hanoï, 1933.
- NORDEMANN (E.). — Manuel de médecine annamite.
- OX. — Remèdes tonkinois.
- PAUCOT. — Etude d'un plan de campagne contre le paludisme au Tonkin.
- PÉRALLE. — De la diffusion de la médecine européenne en Cochinchine.
- REY. — Contribution à l'étude de la géographie médicale du Tonkin.

- RINGERBACH. — L'Assistance Médicale en Indochine. Hanoï, 1908.
- RUSSELL (F.-F.). — L'éducation, base de la pratique de la médecine tropicale. (*American Journal of Tropical Medicine*, volume 15, n° 1^{er} janvier 1935.)
- SAKARAZAWA. — Philosophie d'Extrême-Orient. Paris, Vriès, 1931.
- SALLET. — L'officine sino-annamite en Annam; le médecin annamite et la préparation des remèdes. Paris, Van Oest, 1931.
- Les traitements modificateurs de la sécrétion lactée employés en Annam. (*Bulletin Médico-Chirurgical Ind.*, 1929.)
- SAND (René). — L'économie humaine par la médecine sociale. Paris, 1935.
- Vers la médecine sociale. Liège, Editions Desoer, 21, rue Sainte-Véronique.
- SEITZ (R.-P.) et THAO (T.-V.). — L'enfance malheureuse.
- SON (Hoang). — Sach thuôc ta. 1931.
- SPIRE. — Les Laotiens, coutumes, hygiène et pratique médicale. Paris, Callamel, 1907.
- TALBOT. — Petite prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses de l'Annam.
- Essai de prophylaxie scolaire du trachome en Annam.
- TARDIEU-BLOT. — Natalité et obstétrique en Indochine. (*Thèse de Paris*, 1934.)
- TOYE. — Note sur l'art médico-chirurgical chinois. (*Thèse*, Montpellier, 1864.)
- TRINH (Lê Quang). — Croyances et pratiques médicales sino-annamites. (*Thèse*, Montpellier, 1911.)
- TRÉGOUET et HOANG SU. — Le dispensaire antimalarien de Binh Dinh.
- VIBOREL. — La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale. Paris, Edition de la Vie Saine, 1930.
- VINCENT. — La médecine en Chine. Paris, Steinheil, 1915.

VIOLET. — Médecine et chirurgie indigènes au Tonkin. (*Archives de Médecine Navale*, tome 527, 1902.)

WONG (K. Chimin) et WU (Lien Teh). — History of Chinese Medicine. (*The Tientsin Press*, 1932.)

TABLE DES MATIERES

	PAGES
INTRODUCTION	11

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE DE LA MEDECINE AU VIETNAM

I. — Quelques mots sur la médecine traditionnelle au Vietnam et sur les caractéristiques du milieu vietnamien	15
II. — Développement de la médecine moderne. Œuvre accomplie jusqu'en 1945 :	
— Formation du personnel médical	25
— Développement des établissements hospitaliers.	29
— Médecine préventive et Instituts Pasteur	36
— Lutte antimalarienne	41
III. — Situation médicale au Vietnam depuis 1945 :	
— Recrudescence des épidémies et extension des maladies endémiques à la suite du relâchement du contrôle médical et de la destruction d'un nombre important d'établissements médicaux ..	47
— Organisations médicales provisoires dans les centres contrôlés par les troupes françaises ..	53

DEUXIÈME PARTIE

QUELQUES SUGGESTIONS SUR LA REORGANISATION MEDICALE A ENVISAGER

I. — Principes de la réorganisation :	
— Quelques remarques sur l'ancienne organisation	58
— Nécessité de décentraliser les services hospitaliers pour les mettre à la portée de la population rurale	62

— Nécessité d'organiser un service spécialisé dans la propagande et l'éducation de l'hygiène	65
— Réglementation de l'exercice de la profession médicale et pharmaceutique	82
II. — Etude d'un schéma d'organisation médicale au Vietnam :	
— Organisation centrale	86
— Organisations régionales	94
CONCLUSIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	103

